



REVISIÓN CRÍTICA DE LAS COMUNICACIONES SOBRE EMBARAZO MÚLTIPLE Y TRANSFERENCIA SELECTIVA DE EMBRIONES PRESENTADAS EN EL XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA SEF

El pasado mes de mayo se celebró en Oviedo el XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Fertilidad. Por segunda edición consecutiva de este congreso bienal y según consta en el último Registro Nacional de la SEF (2004), en España se observa una clara tendencia a disminuir el número de embriones que son transferidos en cada ciclo. En los últimos cinco años, el porcentaje de transferencias de dos embriones supera al de tres embriones y esta tendencia es, afortunadamente, creciente (Figura 1).

Esta actitud significa que, también en España, nos vamos concienciando, aunque lentamente, sobre las desagradables complicaciones del embarazo múltiple.

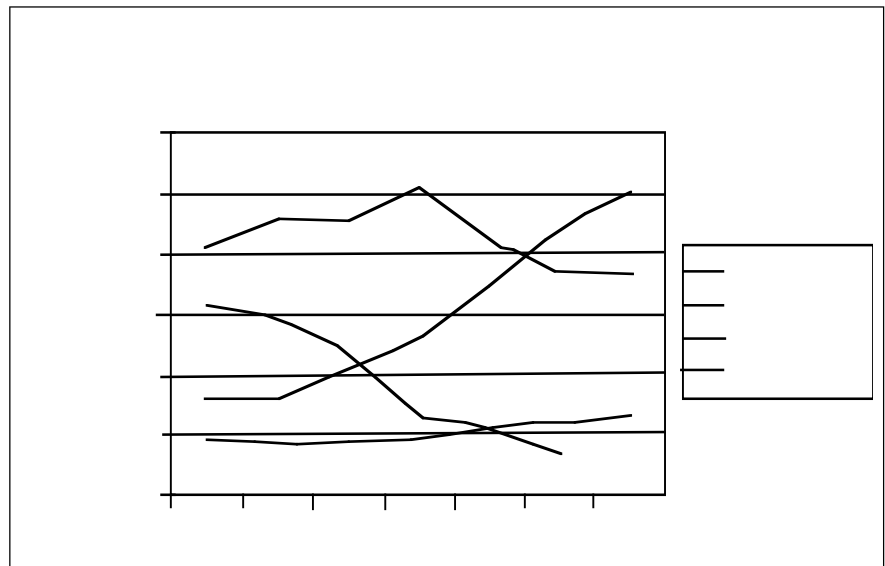


Figura 1
Embriones transferidos en ciclos FIV / ICSI en España

La evolución en el número de embriones transferidos entre los años 1998 y 2004 demuestra que las transferencias de 3 embriones han caído hasta situarse en valores inferiores a los del año 1998, manteniéndose en los dos últimos años casi constantes. Por otro lado, se ha producido una subida de casi un 5% de las transferencias de 2 embriones, que ha ido aumentando claramente desde años anteriores.

La transferencia de un solo embrión sigue aumentando, aunque lentamente. En resumen, tal y como se vio en el pasado registro (registro SEF 2004).

El Grupo de Salud Embrionaria de la SEF ha realizado una revisión de to-

das las comunicaciones presentadas al último Congreso de la Sociedad Española de Fertilidad, con el fin de presentar los que han resultado más interesantes y originales sobre este tema y agradecen a todos los grupos su contribución en la prevención del embarazo múltiple.

De todas las presentaciones en forma de comunicaciones orales y posters, se pueden resumir las siguientes aportaciones:

1. Cinco comunicaciones han valorado la transferencia selectiva de 1 embrión (TES 1) vs transferencia selectiva de 2 embriones (TES 2), el cultivo prologado hasta blastocisto y un análisis multivariable de los factores implicados en la transferencia de 1 ó 2 embriones.

2. Dos comunicaciones analizan los criterios de selección embrionaria.

3. Cinco comunicaciones valoran los riesgos obstétricos, neonatales y psicológicos asociados a los embarazos múltiples (no solamente de los grandes múltiples, sino también de los gemelares). Comunicaciones que realizan un análisis las complicaciones obstétricas de las técnicas de reproducción asistida y del registro de nacidos vivos, recientemente introducido por el Grupo de Interés de Salud Embrionaria.

Entre las comunicaciones que han valorado la transferencia selectiva de 1 embrión (TES 1) vs transferencia selectiva de 2 embriones (TES 2), el cultivo prologado hasta blastocistos y un análisis multivariable de los factores implicados en la transferencia de 1 ó 2 embriones todos los autores concluyen que, la transferencia de un único embrión en estado de blastocisto constituye una estrategia adecuada para disminuir la tasa de embarazos gemelares sin reducir las tasas de gestación, tanto en pacientes que presentan buen pronóstico (1-3), como en programas de donación de ovocitos (4, 5). Se consideran ciclos de buen pronóstico aquéllos practicados a mujeres jóvenes que presentan embriones óptimos en día 2 ó 3. Una de estas comunicaciones fue seleccionada por el comité científico para optar a premio a la mejor comunicación (1).

Las dos comunicaciones que analizan el criterio de selección embrionaria con el solo fin de una transferencia selectiva, coinciden en concluir que la obtención de una cohorte embrionaria que presente al menos dos embriones de calidad excelente, constituye un factor de buen pronóstico para implantación y embarazo y es quizá, en estos casos en los que se podría reducir el número de embriones que son transferidos (6, 7).

Por otra parte, se presentaron los datos de los resultados obstétricos y neonatales recogidos en el nuevo registro de la SEF, que hacen especial referencia a las complicaciones obstétricas durante la gestación y el parto, así como de las fetales y neonatales, llegando a la conclusión de que el registro obstétrico/neonatal de la SEF es sencillo de cumplimentar y puede ser útil para reflejar uniformemente los resultados de los tratamientos de reproducción en España (8).

Se realizó un estudio que comparaba la evolución obstétrica-neonatal en pacientes, que cumpliendo criterios para transferir un embrión, realizaron transferencia de un sólo embrión (TES-1), frente a las que solicitaron la transferencia de dos embriones (TES-2), observándose una mayor tasa de prematuridad y de cesáreas en el grupo de TES-2, y constatándose que las únicas pérdidas fetales se produjeron en este mismo grupo (9). En esta misma línea, se presentó otro estudio (10) que comparó la probabilidad de embarazo en mujeres mayores de 40 años a las que se transfiere un embrión de óptima calidad, concluyendo que en mujeres de 40 a 45 años las tasas de embarazo global y gemelar son iguales transfiriendo dos embriones de óptima calidad, o uno óp-

timo y otro de calidad inferior. Aunque la transferencia de un solo embrión óptimo produce una tasa de gestación menor que la transferencia de 2 embriones, la diferencia no es significativa. Además, a partir de los 43 años conseguir un embarazo es excepcional.

Por último, se presentaron los resultados de los estudios que analizan la actitud de las parejas hacia el embarazo múltiple. El primero de ellos (11) realizó una encuesta a pacientes que consultaban por primera vez en un centro por problemas de fertilidad y concluyó que estas parejas aceptan el embarazo múltiple como algo muy deseable, sobre todo si han recibido tratamientos de reproducción asistida con anterioridad y no tienen ningún hijo. El segundo estudio tenía como objetivo determinar el incremento de los riesgos psicosociales asociados con el aumento de nacimientos múltiples (gemelos o trillizos) como resultado de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Participaron madres y padres con hijos entre 6 meses y cuatro años. La muestra fue dividida en función de que hubieran tenido partos únicos, gemelares o triples, y se valoró necesidades materiales, calidad de vida, estigma social, depresión, estrés y satisfacción marital a través de un cuestionario autoadministrable. De los resultados obtenidos por los autores se concluye que sería conveniente incluir en el consentimiento informado, la información no sólo relativa al alto riesgo de concebir gemelos y trillizos, sino también sobre las posibles consecuencias psicosociales de los partos múltiples. Una vez informado el embarazo múltiple sería útil informar sobre los grupos de apoyo, instituciones y asesoramiento psicológico disponibles para estas parejas.

Por otra parte, se hace necesario ofrecer a los profesionales de la medicina reproductiva datos, desde una perspectiva psicosocial, para reflexión y posible consenso en el número de embriones a transferir (12).

Una vez más, el Grupo de Interés Salud Embrionaria de la SEF felicita a todos los autores por su preocupación por los riesgos y complicaciones de las gestaciones múltiples derivadas de las técnicas de reproducción asistida y por contribuir a que cada vez más nos acerquemos al reto de cumplir el aforismo “un embarazo único-un niño sano”.

Muchas gracias.

Grupo de Interés “Salud embrionaria”

BIBLIOGRAFÍA

1. **Rodríguez D, Tur R, Parriego M, Rodríguez I, Coroleu B, Barri PN:** Transferencia selectiva de un embrión (TES-1): tasa de embarazo acumulada con las citotransferencias (CT) de su ciclo FIV/ICSI. Análisis de 5 años de experiencia. *Rev Iberoam Fert.* 2008; 25 (Supl. 1): 72-73 (Comunicación seleccionada).
2. **Moreno J, Moreno DP, Casañ L, Gijón L, Abad de Velasco L, Castillo JC, Dolz, Bonilla-Musoles F:** Transferencia electiva de un único embrión en estadio de blastocisto en pacientes de buen pronóstico. *Rev Iberoam Fert.* 2008; 25 (Supl. 2): 9-10 (C10).
3. **Moreno DP, Moreno J, Casañ L, Gijón L, Abad de Velasco L, Castillo JC, Dolz, Bonilla-Musoles F:** Transferencia embrionaria electiva en blastocisto en pacientes de buen pronóstico: resultados preliminares. *Rev Iberoam Fert.* 2008; 25 (Supl. 2): 10 (C11).
4. **Prados N, García-Ortega J, Hernández MJ, Crespo M, Cepeda A, Vime P, Ruíz M, Fernández-Sánchez M:** Impacto del cultivo largo de embriones humanos en los resultados gestacionales de un programa de donación de ovoci-

- tos (C68).
5. **Agirregoikoa JA, Ausin I, Jiménez R, López de Larruzea A, Ganzábal T, Quílez J, Barrenetxea G.:** Análisis multivariante de los factores pronósticos implicados en las tasas gestacionales de los ciclos de ovodonación Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 36(C65).
 6. **Vaca R, Blanes R, González J, Correa M, Mahtani V, Alberto JC.:** Calidad de la cohorte embrionaria como criterio en el número de embriones a transferir. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 6(C3).
 7. **Otero B, Meabe A, Cobos P, Burgos J, Mendoza R, Matorras R.:** Resultados de FIV-ICSI en función de la asociación de embriones de diferente calidad. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 17-18(C28).
 8. **Cercas R, Pons I, Pérez Esturo N, Fernández-Shaw S.:** Presentación de resultados obstétricos y neonatales siguiendo el registro de la SEF Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 11 (C13).
 9. **Bordés M, Tur R, Rodríguez D, Boada M, Vázquez A, Coroleu B, Barri PN.:** Transferencia embrionaria selectiva de un embrión (TES-1) vs transferencia de dos embriones (TES-2): Evolución obstétrica-neonatal. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 21-22(C-36).
 10. **Fernández-Shaw S, Pérez Esturo N, Cercas R, Pons I.:** Embarazos en mujeres de 40 a 45 años en FIV con un embrión de óptima calidad. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 26-27(C46).
 11. **Quevedo E, García-Llopis E, Girona P, Gosálbez G, Bernabeu R, Llacer J.:** Actitud sobre el embarazo múltiple en parejas con problemas reproductivos. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 21(C35).
 12. **Roca M, Gris JM.:** Riesgos psico-sociales asociados a nacimientos múltiples como resultado de la reproducción asistida en España. Rev Iberoam Fert. 2008; 25 (Supl. 2): 21.