

## DEFINICIONES

### 1. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (RA) REPORTADAS EN ESTE REGISTRO

- 1.1. **Fecundación In Vitro (FIV):** Procedimiento de RA que implica fecundación extra-corpórea.
- 1.2. **Transferencia intratubaria de gametos (GIFT):** Procedimiento de RA en el que dos gametos (ovocitos y espermatozoides) son transferidos simultáneamente a la trompa de Fallopio.
- 1.3. **Inyección Intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI):** Es un procedimiento de FIV en el que un único espermatozoide es inyectado a través de la zona pelúcida dentro de un ovocito.
- 1.4. **SOFT/TOMI:** Se refiere a la transferencia a la trompa de Fallopio de ovocitos microinyectados.
- 1.5. **Hatching Asistido (HA):** Se refiere al procedimiento en que la zona pelúcida del *conceptus* es perforada por tratamiento químico o mecánico.
- 1.6. **Criopreservación:** Corresponde a la congelación y almacenamiento de gametos, cigotos o embriones.
- 1.7. **Ovodonación:** Tratamiento que se efectúa con ovocitos provenientes de una tercera persona.

### 2. DEFINICIONES OPERACIONALES

- 2.1. **Ciclo iniciado:** Ciclo de RA en el que una mujer recibe estimulación ovárica o monitorización en el caso de un ciclo espontáneo, independiente de si se intenta o consigue la aspiración folicular.
- 2.2. **Ciclo cancelado:** Es un ciclo de RA en el que se inicia estimulación ovárica o monitorización con la intención de completar un tratamiento de RA, se cancela antes de la aspiración folicular. En el caso de tratarse de embriones descongelados, se cancela antes de la transferencia.
- 2.3. **Ciclo aspirado:** Ciclo iniciado de RA en el que uno o más folículos son puncionados y aspirados, independiente de si se obtienen o no ovocitos.
- 2.4. **Embarazo clínico:** Corresponde a un embarazo que es evidenciado en forma clínica o por ultrasonografía (visualización ultrasonográfica de un saco gestacional). Incluye al embarazo ectópico. La presencia de múltiples sacos gestacionales en una misma paciente, se considera un solo embarazo clínico.
- 2.5. **Embrión:** Producto de la concepción desde el momento de la fecundación hasta el fin del período embrionario, ocho semanas después de la fecundación (el concepto de pre embrión o *conceptus* en división, ha sido reemplazado por embrión).
- 2.6. **Aborto espontáneo:** Pérdida espontánea de un embarazo clínico antes de completar 20 semanas de edad gestacional. Si se desconoce la edad gestacional, el producto de la concepción debe pesar 500 gramos o menos.
- 2.7. **Embarazo ectópico:** Embarazo en el que la implantación ocurre fuera de la cavidad uterina.
- 2.8. **Edad gestacional:** Edad de un embrión o feto, que se calcula agregando 14 días (2 semanas) al número de semanas completadas desde el momento de la fertilización.
- 2.9. **Mortinato:** Nacimiento en que el feto de 20 o más semanas de edad gestacional no presenta signos de vida una vez que es expulsado o removido del canal de parto. Los mortinatos se cuentan como eventos únicos (ej. Los mortinatos de mellizos o triples se cuentan como uno).
- 2.10. **Nacido vivo:** Feto que nace con signos de vida después de haber completado el parto y ser separado de su madre y que ocurre una vez completadas las 20 semanas de gestación en adelante. Los partos de mellizos, trillizos, etc., se consideran como un solo evento.
- 2.11. **Mortalidad Neonatal:** Muerte dentro de los primeros 28 días de vida.
- 2.12. **Mortalidad Neonatal precoz:** Muerte de un recién nacido dentro de los primeros 7 días posteriores al parto.

Las definiciones conceptuales y operacionales usadas por el RLA han sido extraídas del glosario desarrollado por el International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) con la cooperación técnica del Programa Especial de Investigación y Entrenamiento en Reproducción Humana, Organización Mundial de la Salud y se encuentran publicadas en el sitio web de la RED ([www.redlara.com](http://www.redlara.com)).

## PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y ALMACENAMIENTO DE INFORMACIÓN

### ETAPA I:

Centro ingresa al programa computacional diseñado por el Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLA) la información correspondiente al año que se reporta. El programa genera un archivo de datos que se transmite, vía email o en diskette, a la oficina del Registro.

Los datos se reportan una vez nacidos los bebés generados mediante técnicas de reproducción asistida. Esto implica que los procedimientos realizados se reportan al menos 1 año y medio después de haberse iniciado el primer ciclo (ejemplo: datos del año 2003 se reportarán a partir de septiembre, 2004).

### ETAPA II:

La oficina del RLA, al recepcionar el archivo de datos de un centro participante, revisa la consistencia y reproducibilidad de la información, envía al centro confirmación de los casos reportados y/o señala discrepancias detectadas en la información.

### ETAPA III:

Una vez verificada la consistencia del informe, los datos quedan registrados en la base de datos del RLA.

- a) La exactitud y consistencia de la información reportada se valida automáticamente en la medida que es ingresada en el sistema.
- b) La autenticidad es certificada durante las visitas de acreditación efectuadas por evaluadores de la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida. En esta oportunidad se verifica los datos reportados por el centro con la información contenida en los archivos clínicos y/o de laboratorio.

La información publicada por el RLA corresponde a datos globales de la región. No permite identificar la información particular de cada centro y/o país, con la excepción del número total de procedimientos realizados.

## METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS DATOS (2002)

El análisis de las tasas de embarazo clínico por aspiración, según categoría diagnóstica fue hecho para FIV. Al interior de una determinada categoría diagnóstica se compararon las tasas observadas en cada grupo etéreo. Para estas comparaciones se usó la prueba estadística de chi-cuadrado.

Para los procedimientos FIV e ICSI se comparó la tasa de embarazo clínico y de implantación por transferencia. Las comparaciones hechas entre procedimientos permitieron determinar que estas técnicas pueden ser analizadas en forma conjunta al interior de cada categoría etérea. La prueba estadística utilizada fue chi-cuadrado con la hipótesis apropiada para cada comparación realizada.

Las tasas de embarazo clínico por transferencia, clasificadas de acuerdo al número de embriones transferidos, fueron analizadas mediante el método estadístico de Mantel-Haenszel y el cálculo de “razones de riesgo” entre una categoría dada y la inmediatamente superior. La “razón de riesgo o disparidad”, también llamada “razón de momios” y “odd ratio”, es una razón de probabilidades entre dos categorías dadas. La construcción de un intervalo de confianza para dicha razón (para nuestro análisis fue 95%) nos permite conocer la significancia estadística del valor encontrado. Además, las razones de riesgo fueron “corregidas” o “ajustadas” por las diferencias debidas a la edad de la mujer. Esto nos permite estudiar la chance mayor de embarazo al transferir un número mayor de embriones, habiendo corregido el factor de edad de la mujer.

Las tasas de implantación por transferencia fueron analizadas al interior de un procedimiento o en procedimientos agrupados (FIV+ICSI), haciendo comparaciones entre varias categorías de interés, en una misma categoría. Para estas comparaciones se utilizó la prueba estadística Mantel-Haenszel.

Ana J. Zepeda O.  
Magíster en Bioestadística