

## RESULTADOS PARA LATINOAMÉRICA - AÑO 2003

### 1. Distribución de los procedimientos de Reproducción Asistida según el número de transferencias realizadas.

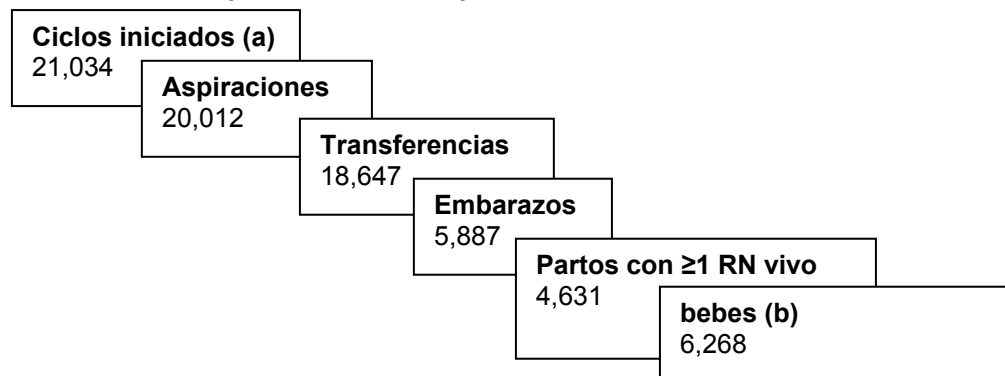
	2001	2002	2003
ICSI	47%	48%	50%
FIV	22%	17%	18%
OD	11%	12%	13%
Transferencia de embriones criopreservados	10%	10%	11%
Hatching Asistido	9%	11%	7%
GIFT / SOFT	1%	1%	1%

ICSI incluye 381 transferencias de FIV+ICSI

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 10](#).

### 2. Número total de procedimientos reportados al RLA, 2003.



(a) incluye ciclos iniciados de FIV, GIFT, ICSI, Hatching Asistido + transferencia de embriones criopreservados y con ovodonación ([ver página 11](#))

(b) no incluye mortineonatos (bebés muertos dentro de los primeros 7 días posterior al parto).

- 31,6% (5887/18647) de las transferencias terminaron en embarazo.
- 78,7% (4631/5887) de los embarazos terminaron en parto con  $\geq 1$  RN vivo.
- De los 20,012 procedimientos nacieron 6268 bebés; 3120 (49,8%) únicos, 2338 gemelares (37.3%), 731 triple (11.7%) y 79 cuádruple (1.3%).

Para conocer una descripción más detallada del número de procedimientos y sus resultados, puede referirse a la [página 11](#).

### 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 (53,3% a 51.4%) y han aumentado las mujeres de  $\geq 40$  años (13,2% a 14,7%) ([pagina 13](#)).

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 ([páginas 19 y 28](#)).

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 31](#)).

#### **4. Efecto de categoría diagnóstica en las tasas de embarazo**

La categoría diagnóstica reportada con mayor frecuencia fue “Tubaria” (33,1%), “Otras femeninas” (29,4%) seguido por “Múltiples” (16,6%), “Inexplicado” (12,6%) y “Masculina” (8,2%).

Si bien no se han estandarizado los criterios para definir cada categoría diagnóstica, en general, la causa de infertilidad no parece influir en los resultados terapéuticos ([página 16](#)).

#### **5. Efecto del número de embriones transferidos en la tasa de embarazo y multigestación**

Al igual que en años anteriores, se reporta una tasa de embarazo clínico más alta 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 18, 28](#)).

El impacto del número de embriones transferidos en términos de multigestación puede verse en [páginas 21, 22, 23 y 24](#).

#### **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 influencia mayor de centros grandes en la región ([página 14](#)).

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 ([pagina 16](#)), este beneficio debe ser re-evaluado ya que la decisión de transferir a las 48 o 72 horas no ha sido establecido al azar. De esta manera, el posible beneficio de transferir a las 72 horas debe ser considerado con cautela.

\* \* \* \*

## **TENDENCIAS EN LA REGIÓN**

Este informe reúne resultados del año 2003, provenientes de 117 centros distribuidos en 12 países ([páginas 9 y 10](#)). La contribución de algunos países se mantiene muy baja (Bolivia, Guatemala, República Dominicana y Uruguay) en que reporta un solo centro.

### **1. Número de procedimientos de Reproducción Asistida**

Brasil, Argentina y México siguen siendo los países con mayor contribución de número de ciclos reportados, representando el 47,2% (9917 ciclos, 48 centros), 19,6% (4126 ciclos, 19 centros) y 14,5% (3057 ciclos, 20 centros) de los ciclos realizados en el año 2003.

### **2. Tasas de embarazo & parto por aspiración**

La tasa de embarazo por aspiración disminuyó levemente, a 29,8% en FIV y 30,7% en ICSI ([página 17](#)).

La tasa de parto por aspiración, sin embargo, se mantuvo relativamente similar; 23,5% en FIV y 24,9% en ICSI.

### **3. Evolución de los partos**

Al desglosar la tasa de partos con  $\geq 1$  recién nacido vivo por transferencia en FIV, GIFT, ICSI, SOFT/TOMI y Hatching Asistido, en 2003, se aprecia que 18,3% corresponde a partos únicos, 6,7% a partos gemelares y 1,5% a partos triples ([página 25](#)). Esta distribución no ha cambiado mayormente respecto al 2002 (17,9%, 6,5% y 1,5% respectivamente).

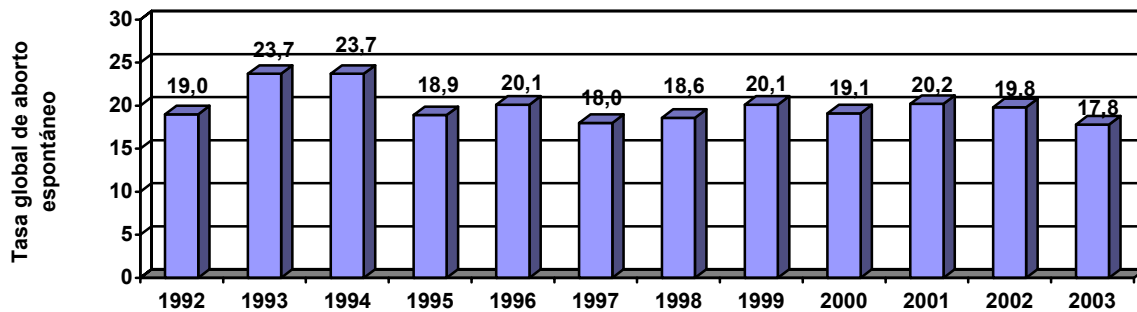
#### 4. Multigestación Global FIV e ICSI

La tasa global de multigestación para el año 2003 sigue siendo muy alta (31.4%) y extrema (triples y cuádruples) en 7.3% de los embarazos ([página 23](#)). Como se aprecia en la [página 22](#), la multigestación extrema puede llegar a 16,0% al transferir 5 embriones en mujeres menores de 35 años.

Lo anterior se traduce en que 50,7% de los bebés han nacido de partos gemelares, triples, etc. con los consiguientes riesgos derivados de prematuridad ([página 25](#)).

El severo impacto de los partos múltiples puede verse en la [página 25](#), con una mortalidad perinatal de 3,4% en gestaciones gemelares, 7,0% en gestaciones triples y 21,9% en gestaciones cuádruples.

#### 5. Aborto espontáneo



La tasa de aborto en relación al tipo de procedimiento empleado puede verse en la [Página 24](#). Es importante tener presente que estas tasas pueden verse influenciadas por la edad de la mujer en lugar de la técnica.

#### 6. Mortalidad perinatal

