

Complicaciones en los tratamientos de fecundación in Vitro

Marta Delgado Márquez, María Alba Rodríguez Gómez, Verónica García Romero, Cristina Verdejo Valbuena, Enrique Prieto Sampedro
Hospital Costa de la Luz (Huelva, España)

Correspondencia: Martadmr86@gmail.com (Marta Delgado Márquez)

Introducción

El ritmo de vida ha cambiado y con él las familias y parejas, actualmente deciden atrasar la concepción para que el momento sea el idóneo y no altere su situación laboral, económica y/o social. Esto sumado a los malos hábitos, la contaminación y el estrés pueden afectar negativamente en la fertilidad.

En ocasiones resulta dificultoso que las parejas queden embarazadas por medios naturales, y se estima que entre un 10-20% de las parejas españolas tienen problemas de fertilidad.¹

La infertilidad se define según la OMS como una enfermedad reproductiva en la cual tras 12 meses de relaciones habituales y sin anticonceptivos no se ha logrado el embarazo.²

Cuando se desea quedarse embarazados y no lo consiguen con medios naturales les causa estrés y ansiedad y precisan de atención médica ayudarles. Y aquí es donde entran los tratamientos de fertilidad.

El tratamiento recibido para la infertilidad dependerá de cada caso y sus circunstancias, así una mujer con síndrome de ovario poliquístico puede ser tratada con mediación oral únicamente y lograr el embarazo y otra mujer con el mismo diagnóstico precisar una fecundación in vitro.

Las causas de infertilidad pueden ser tanto masculinas como femeninas y/o verse alteradas por el estilo de vida.

Nuestro objetivo es dar a conocer las complicaciones y riesgos que nos podemos encontrar como consecuencia de los tratamientos para tratar la infertilidad.

Metodología

La búsqueda bibliográfica se ha realizado mediante las siguientes bases de datos: *Medline*, *Scielo*, *Cochrane Plus* y *la Biblioteca Virtual del Servicio Andaluz de Salud*. Ha sido una búsqueda bibliográfica sensible y exhaustiva de revisiones bibliográficas, estudios y publicaciones con temas relacionados con los tratamientos de infertilidad y sus complicaciones y riesgos como palabras clave.

Hemos encontrado un total de 53 artículos relacionados, finalmente hemos tenido en cuenta para la revisión 5 de ellos.

Hemos excluido aquellos estudios de baja evidencia científica o pocos contenidos relacionados con nuestros objetivos. Hemos incluido como bibliografía adecuada aquellos estudios y revisiones aceptados por entidades científicas, y con un contenido veraz y amplio sobre el tema a tratar, y que estén en español.

Como palabras clave hemos utilizado: fecundación, in vitro, complicaciones, infertilidad y tratamientos.

Teniendo en cuenta que el tema a investigar se encuentra en continuos cambios y avances, hemos limitado los trabajos a no más de 10 años de publicación, es decir después de 2008.

Resultados

Como hemos dicho anteriormente existen diferentes técnicas para tratar la infertilidad, y que su intervención dependerá de cada caso concreto y la causa de esa infertilidad.

Nos centraremos en las complicaciones de los tratamientos de infertilidad más intervencionistas, como es la fecundación in vitro con microinyección intracitoplasmática (ICSI), la cual consiste en la inseminación de un ovulo ya fecundado por un espermatozoide por microinyección.

Complicaciones / riesgos de la anestesia

Para técnicas como la aspiración de ovocitos suelen utilizarse analgesia, ya que el proceso puede ser doloroso.

En la analgesia general pueden utilizarse diferentes sustancias intravenosas, la más utilizada es el propofol por su rápida acción y eliminación, aunque puede causar hipotensión y dolor en la inyección. En otros anestésicos como el óxido nitroso se ha dado una menor tasa de gestación.³

En la anestesia regional neuroaxial es la que presenta menos riesgo de paso del fármaco al ovocito y torrente sanguíneo, aunque puede dar sintomatología negativa como cefalea, lumbalgia, náuseas, retención urinaria e hipotensión arterial.

Ocasionalmente y cuando no se dispone de anestésico también utilizan anestesia local con lidocaína como más usado, aunque la concentración del fármaco no afecta al proceso puede dejar dolor y malestar local.

Complicaciones / riesgos de la estimulación ovárica

El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) es una complicación causada por el uso de gonadotropinas para estimular la ovulación. Se produce como consecuencia de la respuesta exagerada a este tratamiento y puede darse en algunos casos hasta las 12 semanas en casos de gestación.⁴

Existen factores que predisponen a padecer SHO, ser mayor de 30 años, bajo IMC, síndrome de ovario poliquístico, mayor dosis de gonadotropinas y antecedentes de SHO.

Los síntomas pueden presentarse de forma precoz (en los primeros 10 días tras la administración de gonadotropina) o tardía (después de los primeros 10 días de administrar gonadotropina). Y según su intensidad pueden ser leves (molestias abdominales, vómitos y/o diarrea), moderada (presencia de ascitis) o severa (pudiendo presentar ascitis, hidrotórax, hemoconcentración, alteración de la coagulación y perfusión y función renal).

Puede requerir hospitalización en los casos severos y cuando se den uno o más de los siguientes síntomas:

- Dolor abdominal intenso o signos peritoneales
- Náuseas y vómitos intratables
- Oliguria o anuria
- Ascitis a tensión
- Disnea o taquipnea
- Hipotensión, mareos, síncope
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Hematocrito >45%
- Leucocitos >15.000
- Hiponatremia o hipercalcemia
- Elevación de enzimas hepáticas.
- Disminución de aclaramiento de creatinina.

Complicaciones / riesgos derivados de la aspiración folicular

Las hemorragias son las complicaciones más frecuentes de la aspiración folicular, ocurren como consecuencia de la lesión de vasos de la vagina, puede aparecer casi en un 9% de los casos. Aunque podría ser mayor, ya que no existe un consenso de cuanta cantidad de sangrado puede considerarse una complicación hemorrágica, ya que hasta 230ml en 24h se considera normal.

Las hemorragias también pueden ser a causa de traumatismos de vasos en otros órganos pudiendo producir sangrado intra-abdominal de mayor gravedad.

Las perforaciones o lesiones de otras estructuras también son una complicación a considerar, aparte de la hemorragia consecuente que ya hemos explicado, el daño en cada una de estas regiones conlleva sus riesgos. Entre los que nos encontramos infección de la pélvica, la cual es la segunda complicación más frecuente de este procedimiento.

La infección pélvica puede darse por inoculación de los gérmenes que se encuentra en la vagina y la mejor forma de prevención es una buena limpieza vaginal y esterilidad en el

Bibliografía

1. Generoso-Marroquino M. Causas, factores predisponentes y consecuencias de la infertilidad sobre la pareja. 2016. Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/3708> (acceso: 15/06/2018).
2. Fertilidad SE. Libro Blanco Sociosanitario: "La Infertilidad en España: Situación Actual y Perspectivas". Sociedad Española de Fertilidad 2011.

tratamiento. Otra forma de infección se relaciona por antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica, ya que al puncionar algún anexo infectado cronicado puede producir la reinfección. Y por último pero menos frecuente la infección puede derivarse de la punción de un asa intestinal producción infección y/o inflamación pélvica.

La torsión anexial es otra de las posibles complicaciones y de las menos frecuentes. Consiste en la torsión del ovario y/o de las trompas uterinas, puede ser total o parcial, esta torsión interrumpe la circulación arterial y produce isquemias. Puede producir un dolor intenso y repentino acompañado en ocasiones de náuseas y vómitos, días antes del dolor repentino pueden darse calambres y cólicos intermitentes típicos de la torsión parcial.⁵

Complicaciones / riesgos en el embarazo

Los embarazos múltiples es la complicación principal iatrogénica como consecuencia de los tratamientos de fecundación, la hiperestimulación ovárica y el tratamiento FIV que suele implantar más de un embrión es la causa de ello. Actualmente se intenta evitar esta complicación con la transferencia de un embrión único, aunque dependerá de las circunstancias de cada caso y según el número de ciclos previos, la edad de la mujer, la causa de la infertilidad y la calidad embrionaria.

En las fecundaciones in vitro podemos encontrar más casos de embarazos ectópicos que mediante fecundación natural. Las causas no están determinadas, aunque la correlación podría ser explicada por el mayor número de disfunciones tubáricas en las mujeres sujetas a FIV.

Las pacientes sometidas a FIV tienen mayor riesgo de sufrir abortos espontáneos, ya sea por su infertilidad o por la técnica en sí, los estudios concluyen la incidencia es mayor se ven afectados por factores de riesgo como edad avanzada, abortos previos, síndrome de ovario poliquístico y SHO.

Conclusión

Las parejas que se encuentran en la necesidad de someterse a métodos de reproducción asistida tienen por delante un largo y arduo camino por delante. Han de someterse a muchas pruebas y procedimientos para asegurar un embarazo a buen término. Es por ello que no solo las complicaciones físicas hemos de tener en cuenta, esta población se ve afectada psicológicamente por todo el estrés y ansiedad que supone este proceso y de la situación que a cada uno les ha llevado hasta ellos.

Las mujeres padecen emociones más negativas en estas situaciones y están sometidas a desajustes como consecuencia del estrés y la ansiedad, ante lo desconocido, ante su futuro, afectando también a su relación de pareja e interfiriendo con su ámbito social y laboral.

3. Matorras R, Hernández J (eds): Estudio y tratamiento de la pareja estéril: Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad, con la colaboración de la Asociación Española para el Estudio de la Biología de la Reproducción, de la Asociación Española de Andrología y de la Sociedad Española de Contracepción. Adalia, Madrid 2007; 20: 223-243.
4. Donoso PP, Sanhueza RP. Riesgos y complicaciones de los tratamientos de infertilidad. Revista Médica Clínica Las Condes 2010; 21(3):457-462. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705587> (acceso: 15/06/2018).
5. Carrasco A, Cañete P, Gisbert A, Balanzá R. Torsión anexial: presentación clínica y manejo en una serie retrospectiva de 17 años. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2015; 61(4):379-384. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400005 (acceso: 15/06/2018).