



INTERPRETACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS DATOS DEL PRESENTE INFORME GLOBAL DEL REGISTRO NACIONAL DE ACTIVIDAD EN REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA 2020 – REGISTRO SEF

Irene Cuevas Sáiz
Coordinadora del Comité del Registro SEF

Descripción de los distintos tratamientos incluidos en el informe

Este informe refleja la gran complejidad de los tratamientos de reproducción humana asistida. Los ciclos de fecundación in vitro se han clasificado en 13 bloques:

- A. Ciclos para obtención y fecundación de oocitos propios sin diagnóstico genético preimplantación (PGT)
- B. Descongelaciones para criotransferencia de embriones criopreservados procedentes de oocitos frescos propios
- C. Ciclos de recepción de oocitos de donante en fresco
- D. Descongelaciones para criotransferencia de embriones criopreservados procedentes de oocitos frescos de donante
- E. Ciclos iniciados para PGT
- F. Descongelaciones para criotransferencia de ciclos con PGT
- G. Maduración in vitro de oocitos
- H. Ciclos para desvitrificación y fecundación de oocitos propios
- I. Descongelaciones para criotransferencia de embriones criopreservados procedentes de oocitos vitrificados propios
- J. Ciclos para desvitrificación y fecundación de oocitos de donante
- K. Descongelaciones para criotransferencia de embriones criopreservados procedentes de oocitos vitrificados de donante
- L. Descongelaciones para donación de embriones
- M. Ciclos de acumulación de oocitos para un único tratamiento de fecundación

Los ciclos A y B son los más numerosos y agrupan los tratamientos realizados con ovocitos de la propia paciente que no han sido sometidos a criopreservación sino que se han utilizado directamente para generar embriones utilizando espermatozoides tanto de la propia pareja como de un donante. Los embriones resultantes se transfieren directamente en la mayoría de los ciclos del bloque A. Los ciclos del bloque B se realizan mediante la descongelación para criotransferencia de los embriones producidos en ciclos del bloque A.

Igual descripción se aplica a los tratamientos realizados con oocitos de donante que se fecundan sin haber sido criopreservados que son los incluidos en los bloques C y D.

Los ciclos que incluyen selección embrionaria mediante análisis por PGT se agrupan en los bloques E (ciclos de obtención de ovocitos) y F (ciclos de descongelación de embriones analizados por PGT).

Los tratamientos destinados a fecundación de ovocitos que han sido sometidos previamente a criopreservación (vitrificación) se registran en los bloques H, I, J y K; y sus características son equivalentes a los bloques A, B, C y D respectivamente, de oocitos fecundados en fresco.

El bloque L incluye los casos de donación de embriones criopreservados para otras parejas.

En ocasiones se procede a fecundar en un mismo día ovocitos propios de la paciente generados en diferentes ciclos y que se han acumulado vitrificados para conseguir un mayor número de embriones a la vez. Estos tratamientos se incluyen en el bloque M.

Los pocos casos en que se extraen oocitos inmaduros del ovario y que necesitan ser sometidos a maduración externa antes de su fecundación, se recogen en el apartado G.

La parte final del informe está dedicada a tratamientos de inseminación artificial, tanto los realizados con espermatozoides de la pareja (IAC) como los que implican utilización de semen de donante (IAD)

Tasas de éxito

Además de reflejar el número absoluto de tratamientos realizados en España durante 2020, este informe refleja las tasas de éxito que presentan esos tratamientos dentro de cada bloque.

El indicador de éxito más relevante que se incluye en este registro es el parto único. No tiene ninguna relevancia una alta tasa de gestación si esta va acompañada de un elevado número de abortos o de gestaciones múltiples.

Este registro se basa en datos anuales agregados por cada centro, por lo tanto, no nos permite estudiar el posible éxito final de un ciclo de estimulación ovárica incluyendo las posibles criotransferencias derivadas (tasas acumuladas de gestación o parto). En consecuencia, se recomienda la valoración preferencial de las tasas de parto por transferencia realizada.

Efectos adversos. La gestación múltiple

La complicación más habitual de la fecundación in vitro es la gestación y parto múltiple. Tan sólo una adecuada calidad del tratamiento realizado, mediante la transferencia de un único embrión, puede paliar este efecto adverso.

El informe incluye tablas en que se muestran los ciclos agrupados según el número de embriones empleados en cada transferencia y se ofrecen las tasas de gestación y parto múltiple que se han producido en cada caso.

Las recomendaciones de las sociedades científicas están ayudando a consolidar la tendencia de los últimos años hacia una reducción en el número medio de embriones por transferencia. La utilización de un solo embrión por transferencia es, sin lugar a duda, el tratamiento de FIV más seguro y adecuado y es el que se debe ofrecer como primera elección a los pacientes siempre que el centro disponga de los medios y el personal adecuados para realizar tratamientos de máxima calidad.

Los centros pueden hoy en día disponer de las tres herramientas necesarias para realizar la transferencia de un único embrión con seguridad y eficacia, es decir, avanzadas técnicas de evaluación y selección embrionaria por un lado, eficaces y seguros métodos de criopreservación embrionaria por otro y personal de alta cualificación.

Datos perinatales

El presente registro recoge datos de las semanas de gestación según tipo de tratamiento. Se puede observar la incidencia de parto prematuro asociada a la gestación múltiple.

También se recoge la incidencia de malformaciones graves en el nacimiento, así como de realización de cesáreas.

Resultados por edad

En los casos de utilización de ovocitos de la propia mujer, la tasa de éxito varía considerablemente en función de la edad de la paciente. Es por esto por lo que tienen gran relevancia las tablas en que se analizan los resultados obtenidos por grupos de edad.

En este registro se informa de los resultados obtenidos en FIV disgregando los ciclos en tres grupos de edad de las pacientes, menores de 35 años, entre 35 y 39 y mayores de 39 años. Estos rangos de edad son acordes a los empleados en las diferentes sociedades científicas y registros regionales e internacionales. Si se quieren valorar a priori las posibilidades de éxito que un determinado tratamiento puede ofrecer no se debe dejar de tener en cuenta al menos el factor de la edad de la paciente.

Selección embrionaria

El cultivo embrionario hasta la etapa de blastocisto (a partir del día 4 de cultivo embrionario *in vitro*, permite una valoración más precisa de la calidad del embrión. Esto facilita la elección más correcta de embriones viables tanto para transferencia como para criopreservación. En el informe se incluyen tablas que recogen la incidencia y eficacia de las transferencias de blastocistos. Aunque las posibilidades de implantación de los blastocistos son superiores a las de embriones en día 2 o día 3 de desarrollo, el riesgo de que algunos embriones no evolucionen hasta generar un blastocisto impide que se considere el cultivo hasta blastocisto como el tratamiento universal de preferencia en FIV.

El diagnóstico genético preimplantación (PGT por sus siglas en Inglés) se realiza con frecuencia para seleccionar embriones para transferir o criopreservar. Los tratamientos que incluyen este sistema invasivo de selección embrionaria se recogen aparte de los demás tratamientos. A pesar

de las altas tasas de gestación por transferencia que se dan en esta técnica, se ha de tener en cuenta que un número elevado de ciclos son cancelados antes de llegar a realizar dicha transferencia, lo que condiciona profundamente la eficacia real del PGT.

Por otro lado, la correcta realización de la biopsia embrionaria necesaria para realizar el PGT requiere profesionales de muy alta cualificación y medios técnicos sofisticados para causar el mínimo daño a los embriones biopsiados para su análisis.

Utilización de ovocitos vitrificados

Esta es una de las técnicas que más se está desarrollando en los últimos años.

La mayor parte de estos tratamientos incluyen la utilización de ovocitos de donante. La criopreservación de oocitos de donante flexibiliza los tratamientos de ovodonación y facilita la sincronización con la paciente receptora.

La criopreservación de oocitos y su posterior descriopreservación para ser fecundados puede disminuir su viabilidad. Los tratamientos que conllevan este doble procedimiento son recogidos en secciones aparte para poder valorar sus características.

Se trata de una técnica de elevada complejidad técnica que deben realizar profesionales expertos para que tenga éxito. Máxime si tenemos en cuenta que gran cantidad de los tratamientos de este informe implican la transferencia de embriones criopreservados procedentes de oocitos desvitrificados.

Para más información sobre cómo interpretar los datos del presente informe, se pueden consultar también los documentos explicativos para la interpretación de los datos públicos de los centros así como un glosario de términos y otras aclaraciones sobre la complejidad de técnicas y nomenclatura asociadas a este sector sanitario. Estos documentos se encuentran en la página web de datos del registro nacional que son publicados con identificación de cada centro de reproducción humana asistida (<https://www.registrosef.com/index.aspx?ReturnUrl=%2f#Publico19>)