



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Pretratamiento con píldora anticonceptiva oral, progestágeno o estrógeno para los protocolos de estimulación ovárica en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida (Revisión)

Farquhar C, Rombauts L, Kremer JAM, Lethaby A, Ayeleke RO

Farquhar C, Rombauts L, Kremer JAM, Lethaby A, Ayeleke RO.

Oral contraceptive pill, progestogen or oestrogen pretreatment for ovarian stimulation protocols for women undergoing assisted reproductive techniques

(Pretratamiento con píldora anticonceptiva oral, progestágeno o estrógeno para los protocolos de estimulación ovárica en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD006109.

DOI: [10.1002/14651858.CD006109.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006109.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

Pretratamiento con píldora anticonceptiva oral, progestágeno o estrógeno para los protocolos de estimulación ovárica en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Pretratamiento con píldora anticonceptiva oral, progestágeno o estrógeno para los protocolos de estimulación ovárica en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida

Cindy Farquhar¹, Luk Rombauts², Jan AM Kremer³, Anne Lethaby¹, Reuben Olugbenga Ayeleke¹

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, Auckland, New Zealand. ²Monash IVF and Department of O&G, Monash University, Melbourne, Australia. ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, Netherlands

Dirección de contacto: Anne Lethaby, Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Auckland, FMHS Park Road, Grafton, Auckland, 1003, New Zealand. a.lethaby@auckland.ac.nz.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 8, 2017.

Referencia: Farquhar C, Rombauts L, Kremer JAM, Lethaby A, Ayeleke RO. Oral contraceptive pill, progestogen or oestrogen pretreatment for ovarian stimulation protocols for women undergoing assisted reproductive techniques (Pretratamiento con píldora anticonceptiva oral, progestágeno o estrógeno para los protocolos de estimulación ovárica en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 5. Art. No.: CD006109. DOI: [10.1002/14651858.CD006109.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006109.pub3).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

En pacientes subfértiles sometidas a técnicas de reproducción asistida (TRA), la administración de píldoras con hormonas antes de la estimulación ovárica puede mejorar los resultados.

Objetivos

Determinar si el pretratamiento con píldora anticonceptiva oral combinada (AOC) o con un progestágeno o estrógeno solo en los protocolos de estimulación ovárica afecta los resultados en parejas subfértiles sometidas a TRA.

Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos, desde su inicio hasta enero 2017: Registro especializado del Grupo Cochrane de Ginecología y Fertilidad (Cochrane Gynaecology and Fertility Group Specialised Register), The Cochrane Central Register Studies Online, MEDLINE, Embase, CINAHL and PsycINFO. También se buscó en las listas de referencias de artículos relevantes y en los registros de ensayos en curso.

Criterios de selección

Ensayos controlados aleatorizados (ECA) de pretratamiento hormonal en pacientes sometidas a TRA.

Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar recomendados por la Colaboración Cochrane. Los resultados primarios de revisión eran los nacidos vivos o el embarazo en curso y la pérdida del embarazo.

Resultados principales

Se incluyeron 29 ECA (4701 pacientes) de pretratamiento con AOC, progestágenos o estrógenos versus ningún pretratamiento o pretratamientos alternativos, en los ciclos de antagonistas o agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). En general, la

calidad de la evidencia varió de muy baja a moderada. Las principales limitaciones fueron el riesgo de sesgo y la imprecisión. La mayoría de los estudios no describieron los métodos en detalle suficiente.

Píldora anticonceptiva oral combinada versus ningún pretratamiento

Con los ciclos de antagonistas, la tasa de nacidos vivos o embarazo en curso en ambos grupos fue inferior en el grupo de pretratamiento (OR 0,74; IC del 95%: 0,58 a 0,95; seis ECA, 1335 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada). No hubo evidencia suficiente para determinar si los grupos difirieron en cuanto a las tasas de pérdida del embarazo (OR 1,36; IC del 95%: 0,82 a 2,26; cinco ECA, 868 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada), embarazo múltiple (OR 2,21; IC del 95%: 0,53 a 9,26; dos ECA, 125 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja), síndrome de hiperestimulación ovárica (SHEO; OR 0,98; IC del 95%: 0,28 a 3,40; dos ECA, 642 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja) o formación de quistes ováricos (OR 0,47; IC del 95%: 0,08 a 2,75; un ECA, 64 mujeres; evidencia de calidad muy baja).

En los ciclos de COCP más antagonistas versus ningún tratamiento previo en los ciclos de agonistas, no hubo evidencia suficiente para determinar si los grupos difirieron en cuanto a las tasas de nacidos vivos o de embarazo en curso (OR 0,89; IC del 95%: 0,64 a 1,25; cuatro ECA, 724 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada), embarazo múltiple (OR 1,36; IC del 95%: 0,85 a 2,19; cuatro ECA, 546 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada) o SHEO (OR 0,63; IC del 95%: 0,20 a 1,96; dos ECA, 290 mujeres; $I^2 = 0\%$), pero hubo menos pérdidas de embarazo en el grupo de pretratamiento (OR 0,40; IC del 95%: 0,22 a 0,72; cinco ECA, 780 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad moderada). No hubo datos apropiados para el análisis de la formación de quistes ováricos.

Un estudio pequeño que comparó AOC versus ningún pretratamiento en los ciclos de agonistas no reveló ninguna diferencia clara entre los grupos para ninguno de los resultados informados.

progestágeno versus ningún pretratamiento

Todos los estudios usaron el mismo protocolo (antagonista, agonista o gonadotropinas) en ambos grupos. No hubo evidencia suficiente para determinar las diferencias en las tasas de nacidos vivos o embarazo en curso (agonista: OR 1,35; IC del 95%: 0,69 a 2,65; dos ECA, 222 mujeres; $I^2 = 24\%$; evidencia de calidad baja). OR 0,67; IC del 95%: 0,18 a 2,54; un ECA, 47 mujeres; evidencia de calidad baja; gonadotropinas: OR 0,63; IC del 95%: 0,09 a 4,23; un ECA, 42 mujeres; evidencia de calidad muy baja), pérdida del embarazo (agonista: OR 2,26; IC del 95%: 0,67 a 7,55; dos ECA, 222 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja; antagonista: OR 0,36; IC del 95%: 0,06 a 2,09; un ECA, 47 mujeres; evidencia de calidad baja; gonadotropinas: OR 1,00; IC del 95%: 0,06 a 17,12; un ECA, 42 mujeres; evidencia de calidad muy baja) o embarazo múltiple (agonista: no hay datos disponibles; antagonista: OR 1,05; IC del 95%: 0,06 a 17,76; un ECA, 47 mujeres; evidencia de calidad baja; gonadotropinas: no hay datos disponibles). Tres estudios, todos con ciclos de agonistas, informaron la formación de quistes ováricos, con tasas inferiores en el grupo de pretratamiento (OR 0,16; IC del 95%: 0,08 a 0,32; 374 mujeres; $I^2 = 1\%$; evidencia de calidad moderada). No hubo datos sobre el SHEO.

Estrógeno versus ningún pretratamiento

En los ciclos de antagonistas o agonistas, no hubo evidencia suficiente para determinar si los grupos difirieron en las tasas de nacidos vivos o embarazo en curso (antagonista versus antagonista: OR 0,79; IC del 95%: 0,53 a 1,17; dos ECA, 502 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad baja; antagonista versus agonista: OR 0,88; IC del 95%: 0,51 a 1,50; dos ECA, 242 mujeres; $I^2 = 0\%$; evidencia de calidad muy baja); pérdida del embarazo (antagonista versus antagonista: OR 0,16; IC del 95%: 0,02 a 1,47; un ECA, 49 mujeres; evidencia de calidad muy baja; antagonista versus agonista: OR 1,59; IC del 95%: 0,62 a 4,06; un ECA, 220 mujeres; evidencia de calidad muy baja) embarazo múltiple (antagonista versus agonista: no hay datos disponibles; antagonista versus agonista: OR 2,24; IC del 95%: 0,09 a 53,59; un ECA, 22 mujeres; evidencia de calidad muy baja) o SHEO (antagonista versus agonista: no hay datos disponibles; antagonista versus agonista: OR 1,54; IC del 95%: 0,25 a 9,42; un ECA, 220 mujeres). No se informaron casos de formación de quistes ováricos.

Comparaciones directas

El AOC se comparó con el progestágeno (1 ECA, 44 pacientes) y con estrógeno (2 ECA, 146 pacientes), y el progestágeno se comparó con el estrógeno (1 ECA, 48 pacientes) con un ciclo de antagonistas en ambos grupos. El AOC en un ciclo de agonistas se comparó con el estrógeno en un ciclo de antagonistas (un ECA, 25 mujeres). Los datos fueron escasos pero no hubo evidencia clara de que alguno de los grupos difiriera en las tasas de nacidos vivos o embarazo en curso, pérdida del embarazo u otros eventos adversos.

Conclusiones de los autores

En las pacientes sometidas a estimulación ovárica en los protocolos de antagonistas, el pretratamiento con AOC se asoció con una tasa inferior de nacidos vivos o embarazo en curso en comparación con ningún pretratamiento. La evidencia era insuficiente para determinar si las tasas de nacidos vivos o embarazo en curso fueron afectadas por el pretratamiento con progestágenos o estrógenos, o por el pretratamiento con AOC mediante otros protocolos de estimulación. Los resultados de los eventos adversos no fueron concluyentes, excepto que el pretratamiento con progesterona puede reducir el riesgo de quistes ováricos en los ciclos de agonistas, y el AOC en los ciclos de antagonistas puede reducir el riesgo de pérdida del embarazo en comparación con ningún pretratamiento en los ciclos de agonistas.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Pretratamientos en los ciclos de inyección intracitoplasmática de espermatozoides/fertilización in vitro

Pregunta de la revisión

El objetivo de esta revisión fue evaluar si el pretratamiento con una píldora anticonceptiva oral combinada (AOC) o con progestágeno o estrógeno solos afecta los resultados de embarazo en parejas con fertilidad baja sometidas a tecnología de reproducción asistida (TRA)

Antecedentes

La fertilización in vitro (FIV, en la que un óvulo se mezcla con espermatozoides fuera del cuerpo) y la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI, en la que se inyecta un espermatozoide directamente en el óvulo) son técnicas importantes para las mujeres que tienen problemas para quedar embarazadas. Los ciclos de FIV e ICSI consisten en algunos pasos. Primero la paciente recibe terapia hormonal para estimular la producción ovárica de óvulos (estimulación ovárica). Cuando algunos óvulos están suficientemente maduros para ser fertilizados, la paciente recibe una inyección hormonal única. Esta inyección desencadena la liberación de los óvulos de los ovarios, de manera que pueden ser obtenidos por el médico. Luego los óvulos son fertilizados fuera del cuerpo de la mujer y se convierten en embriones. A continuación, se transfieren uno o dos embriones en el útero.

Antes del primer paso en los ciclos de FIV o ICSI (terapia hormonal), puede administrarse un pretratamiento con un AOC. Un AOC contiene tanto progestágeno como estrógeno. También se podría implementar un pretratamiento con un progestágeno o un estrógeno solos antes de la terapia hormonal. Estos pretratamientos suprimen la producción de hormonas por parte de la paciente. Por lo tanto, pudieran mejorar la respuesta de la mujer a la terapia hormonal en los ciclos de FIV/ICSI. De esta forma, podrían disminuir los eventos adversos como la formación de quistes (bolsa llena de líquido que se desarrolla en el ovario) y el número de pérdidas de embarazos, y podrían mejorarse los resultados de embarazo.

Características de los estudios

Esta revisión Cochrane incluyó 30 ensayos controlados aleatorizados (estudios clínicos en que los participantes son asignados a uno de dos o más grupos de tratamiento) que evalúa el pretratamiento con AOC, progestágeno o estrógeno en 5096 pacientes sometidas a TRA. La evidencia se actualizó hasta enero de 2017.

Resultados clave

En las pacientes sometidas a estimulación ovárica en los protocolos de antagonistas, el pretratamiento con AOC se asoció con una tasa inferior de nacidos vivos o embarazo en curso en comparación con ningún pretratamiento. La evidencia era insuficiente para determinar si las tasas de nacidos vivos o embarazo en curso fueron afectadas por el pretratamiento con progestágenos o estrógenos, o por el pretratamiento con AOC mediante otros protocolos de estimulación. Los resultados de los eventos adversos no fueron concluyentes, excepto que el pretratamiento con progesterona puede reducir el riesgo de quistes ováricos en los ciclos de agonistas, y el AOC en los ciclos de antagonistas puede reducir el riesgo de pérdida del embarazo en comparación con ningún pretratamiento en los ciclos de agonistas.

Calidad de la evidencia.

La calidad de la evidencia general varió de muy baja a moderada. Los problemas principales fueron el riesgo de sesgo y la imprecisión. La mayoría de los estudios no describieron los métodos en detalle suficiente.