



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Enfoque sincronizado para la inseminación intrauterina en parejas con subfertilidad (Revisión)

Cantineau AEP, Janssen MJ, Cohlen BJ, Allersma T

Cantineau AEP, Janssen MJ, Cohlen BJ, Allersma T.
Synchronised approach for intrauterine insemination in subfertile couples
(Enfoque sincronizado para la inseminación intrauterina en parejas con subfertilidad).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 12. Art. No.: CD006942.
DOI: [10.1002/14651858.CD006942.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006942.pub3).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Enfoque sincronizado para la inseminación intrauterina en parejas con subfertilidad

Astrid EP Cantineau¹, Mirjam J Janssen², Ben J Cohlen³, Thomas Allersma⁴

¹Department of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Centre, Groningen, Netherlands. ²Obstetrics & Gynaecology, St Jansdal Hospital, Harderwijk, Netherlands. ³Department of Obstetrics & Gynaecology, Isala Clinics, Location Sophia, Zwolle, Netherlands. ⁴University Medical Centre Groningen, Groningen, Netherlands

Dirección de contacto: Mirjam J Janssen, Obstetrics & Gynaecology, St Jansdal Hospital, Wethouder Jansenlaan 90, Harderwijk, 3844 DG, Netherlands. mj.janssen@scarlet.nl.

Grupo Editorial: Grupo de Ginecología y Fertilidad.

Estado y fecha de publicación: Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 12, 2014.

Referencia: Cantineau AEP, Janssen MJ, Cohlen BJ, Allersma T. Synchronised approach for intrauterine insemination in subfertile couples (Enfoque sincronizado para la inseminación intrauterina en parejas con subfertilidad). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD006942. DOI: [10.1002/14651858.CD006942.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006942.pub3).

Copyright © 2014 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

En muchos países la inseminación intrauterina (IIU) es el tratamiento de primera elección para una pareja con subfertilidad cuando el estudio de la infertilidad revela un ciclo ovulatorio, al menos una trompa de Falopio abierta y suficientes espermatozoides. El objetivo final de este tratamiento es lograr un embarazo y dar a luz a un niño sano (único). La probabilidad de concebir con la IIU depende de varios factores, entre ellos la edad de la pareja, el tipo de subfertilidad, la estimulación ovárica y el momento de la inseminación. La IIU se debe realizar lógicamente alrededor del momento de la ovulación. Debido a que los espermatozoides y los ovocitos tienen un tiempo de supervivencia limitado, es esencial que el momento de la inseminación sea correcto. Como no se sabe qué técnica de sincronización para la IIU tiene el mejor resultado de tratamiento, se compararon diferentes técnicas de sincronización de la IIU y diferentes intervalos de tiempo.

Objetivos

Evaluar la efectividad de diferentes métodos de sincronización en ciclos naturales y estimulados para la IIU en parejas con subfertilidad.

Métodos de búsqueda

Se buscó en todas las publicaciones que describieron ensayos controlados aleatorizados de sincronización de la IIU. Se realizaron búsquedas en el registro especializado del Grupo Cochrane de Trastornos Menstruales y Subfertilidad (Cochrane Menstrual Disorders and Subfertility Group), en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) (1966 a octubre 2014), en EMBASE (1974 a octubre 2014), en MEDLINE (1966 a octubre 2014) y en PsycINFO (desde su inicio hasta octubre 2014), en bases de datos electrónicas y en registros de ensayos prospectivos. Además, se verificaron las listas de referencias de todos los estudios obtenidos y se realizó una búsqueda manual en los resúmenes de congresos.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados (ECA) que compararon diferentes métodos de sincronización para la IIU. Se evaluaron las siguientes intervenciones: detección de la hormona luteinizante (LH) en la orina o la sangre, prueba única; administración de gonadotropina coriónica humana (hCG); combinación de la detección de LH y la administración de hCG; tabla de temperatura corporal basal; detección de la ovulación por ultrasonido; administración de agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH); u otros métodos de sincronización.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente seleccionaron los ensayos, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. Los análisis estadísticos se realizaron según las guías para el análisis estadístico desarrolladas por la Colaboración Cochrane. La calidad general de la evidencia se evaluó mediante los criterios GRADE.

Resultados principales

Se incluyeron 18 ECA en la revisión, de los cuales 14 se incluyeron en los metanálisis (2279 parejas). La evidencia se actualizó hasta octubre 2013. La calidad de la evidencia para la mayoría de las comparaciones fue baja o muy baja. Las limitaciones principales de la evidencia fueron que no se describieron los métodos de estudio y que hubo imprecisión grave e inconsistencia.

Diez ECA compararon diferentes métodos de sincronización para la IIU. No se encontró evidencia de diferencias en las tasas de nacidos vivos entre la inyección de hCG versus el pico de la LH (odds ratio [OR] 1,0; intervalo de confianza [IC] del 95%: 0,06 a 18; un ECA; 24 mujeres; evidencia de calidad muy baja), hCG urinaria versus hCG recombinante (OR 1,17; IC del 95%: 0,68 a 2,03; un ECA, 284 mujeres, evidencia de calidad baja) o hCG versus agonista de GnRH (OR 1,04; IC del 95%: 0,42 a 2,6; tres ECA, 104 mujeres, $I^2 = 0\%$, evidencia de calidad baja).

Dos ECA compararon el intervalo de tiempo óptimo entre la inyección de hCG y la IIU, y compararon diferentes marcos de tiempo que fueron desde 24 horas a 48 horas. Solo uno de estos estudios informó sobre las tasas de nacidos vivos, y no encontró diferencias entre los grupos (OR 0,52; IC del 95%: 0,27 a 1,00; un ECA, 204 parejas). Un estudio comparó la administración temprana versus tardía de hCG y un estudio comparó diferentes dosis de hCG, pero ninguno informó sobre el resultado primario nacidos vivos.

No se encontró evidencia de diferencias entre los grupos en cuanto a las tasas de embarazo o eventos adversos (embarazo múltiple, aborto espontáneo, síndrome de hiperestimulación ovárica [SHEO]). Sin embargo, la mayoría de estos datos fueron de calidad muy baja.

Conclusiones de los autores

No hay evidencia suficiente para determinar si hay alguna diferencia en cuanto a seguridad y la efectividad entre los diferentes métodos de sincronización de la ovulación y la inseminación. Se necesitan más estudios de investigación.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

¿Cuál es la mejor técnica de sincronización para la inseminación intrauterina en parejas subfértiles?

Pregunta de la revisión. Los autores Cochrane examinaron la evidencia sobre la efectividad de las diferentes técnicas de sincronización para la inseminación intrauterina en parejas subfértiles.

Antecedentes. Las parejas que no han logrado un embarazo después de intentarlo durante al menos un año se definen como subfértiles. Afecta aproximadamente al 10% de las parejas que intentan tener un recién nacido. Un procedimiento que puede ayudar a las parejas es la inseminación intrauterina (IIU). Se trata de un procedimiento de reproducción asistida en el que los espermatozoides se colocan directamente en el útero en un momento específico del ciclo menstrual de la mujer (lo más cerca posible de la ovulación). Aún no está claro qué técnica de sincronización para la IIU tiene el mejor resultado, un nacido vivo saludable. La sincronización de la IIU se realiza con mayor frecuencia mediante la detección de hormonas (hormona luteinizante (LH) en la orina o la sangre, o mediante la inyección de gonadotropina coriónica humana (hCG). La utilidad de la monitorización urinaria de la LH está obstaculizada por la posibilidad de obtener resultados falsos negativos que pueden causar una sincronización inexacta y reducir considerablemente las tasas de embarazo. Por otro lado, sus ventajas son la facilidad de realizar una prueba en casa, los menores costes y el hecho de ser una prueba no invasiva. Las limitaciones del tiempo de administración de la ecografía y la hCG son las visitas frecuentes al hospital y la aparición de picos prematuros de LH, o la posibilidad de desencadenar la ovulación en presencia de un folículo inmaduro. La mayor ventaja de este método con la hCG es la predictibilidad clínica de la ovulación.

Características de los estudios. Se encontraron 18 ensayos controlados aleatorizados con 2279 parejas; todos compararon diferentes métodos de sincronización en un ciclo de tratamiento para la IIU. La evidencia se actualizó hasta octubre 2013.

Resultados clave. No se encontró evidencia de diferencias en las tasas de nacidos vivos entre los métodos de sincronización. Tampoco se encontró evidencia de diferencias entre los grupos en cuanto a las tasas de embarazo o eventos adversos (embarazo múltiple, aborto espontáneo, síndrome de hiperestimulación ovárica [SHEO]).

Calidad de la evidencia. La mayor parte de la evidencia fue de calidad baja o muy baja. Las principales limitaciones fueron el informe deficiente sobre los métodos de estudio, la imprecisión y las pérdidas durante el seguimiento. Se necesitan más estudios de investigación.