

EDITORIAL

Puede afirmarse, sin temor a caer en exageraciones tendenciosas, que los progresos que han ido produciéndose a todos los niveles (conocimiento de la fisiopatología ovárica, desarrollo farmacológico, mejora de los medios de cultivo, etc) han permitido que las técnicas de reproducción asistida hayan ido superando prácticamente todas las barreras que condicionan la esterilidad de la pareja.

Como consecuencia de estos avances, la eficiencia de estas técnicas ha experimentado un gran incremento, que se pone de manifiesto al analizar la evolución temporal de las tasas de gestación por ciclo y de implantación por embrión transferido.

Considerado así el tema, sólo cabe felicitar por ello, puesto que se trata de facilitar la gestación a las parejas con dificultades.

Sin embargo, éste sólo es un aspecto, la cara de la moneda; otras consideraciones deben ser hechas, las que podrían ser consideradas la cruz de la misma: las consecuencias no deseables de la reproducción asistida.

Consideradas en su conjunto, la aplicación de las técnicas de reproducción asistida tienen como consecuencia pocas complicaciones, si entendemos como tal el desarrollo de síndromes de hiperestimulación ovárica o las complicaciones de la punción. En otras palabras, la incidencia de complicaciones inmediatas para la mujer es mínima.

Por el contrario, si se admite como consecuencias indeseables de la reproducción asistida los problemas perinatales de los niños o las complicaciones obstétricas de las pacientes que gestan, el panorama cambia notablemente.

De acuerdo con los datos del CDC, en los EEUU (1), la tasa de nacimientos con tres o más fetos ha aumentado de 37.0 por 100.000 nacidos vivos en 1980 a 173.6 en 1997 (CDC, 2001). Este incremento, según el mismo informe, se debe, fundamentalmente a las gestaciones consecuencia de la reproducción asistida, múltiples en más del 30%, mientras que la tasa de gestaciones múltiples en la población general es del 2% [1](2). En la figura 1 puede

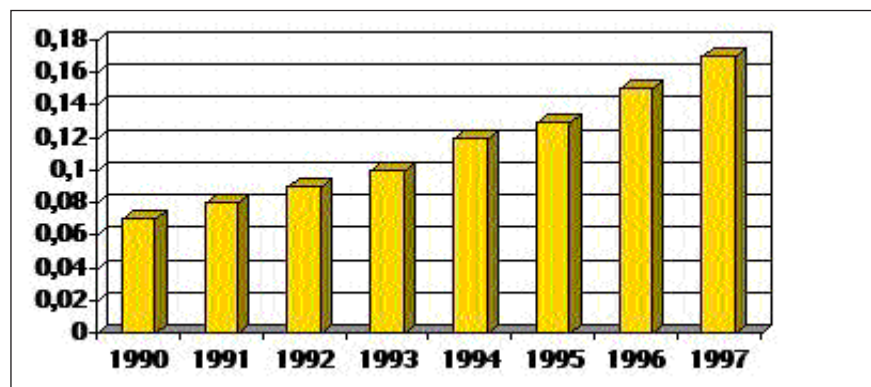


Figura 1

Tasa de nacimiento de trillizos (por 100.000 nacidos vivos) en USA

apreciarse el incremento de nacimientos de trillizos que se ha producido en los Estados Unidos entre 1990 y 1997.

Los riesgos que la gestación múltiple conlleva para los nacidos son muy importantes; entre otros, el de muerte neonatal (15% de ellas, aproximadamente) y un importante aumento (x 7) del riesgo de muerte durante el primer año de vida [1].

La gestación múltiple se acompaña, en general, de partos pretérmino y del nacimiento de fetos de bajo peso que, a su vez, se asocian a un incremento de la morbilidad fetal; con frecuencia los fetos prematuros de bajo peso presentan inmadurez pulmonar y hemorragias intracraneales. Como consecuencia, aproximadamente el 80% de los nacidos de un parto triple y el 48% de los gemelos requieren atención en la unidad de cuidados intensivos, mientras que sólo lo requiere el 2% de los nacidos de gestaciones de feto único. Prematuridad y bajo peso también se asocian a alteraciones a largo plazo, como parálisis cerebral, trastornos de la vista y trastornos del oído [2].

Al gran incremento de las gestaciones múltiples observado en las dos últimas décadas contribuyen, al parecer, dos causas fundamentales. Una de ellas es el retraso de la edad a la que se concibe, debido a la mayor frecuencia con que las mujeres de mayor edad presentan gestaciones múltiples; la otra es la aplicación de tratamientos de la esterilidad, inducción de la ovulación y fecundación in vitro.

Si se considera la fecundación in vitro, ésta es responsable de una tercera parte de las gestaciones triples pero la estimulación ovárica (para coito programado o para inseminación artificial) es responsable no sólo de la tercera parte de las gestaciones triples, sino de la práctica totalidad de las cuádruples, quíntuples, etc. [3].

Independientemente de los problemas fetales que conllevan, las gestaciones múltiples acarrearán no pocas complicaciones maternas, que suponen riesgos a corto y largo plazo. Estas complicaciones incluyen hipertensión, gestosis, diabetes gestacional y hemorragias, entre otras [4].

Las razones de las gestaciones múltiples derivadas de la aplicación de tratamientos convencionales (estimulación ovárica con o sin gonadotrofinas) y de la aplicación de técnicas de reproducción asistida son:

1) En lo referente a fecundación in vitro, la tasa de múltiples y el tipo de éstos depende directamente del número de embriones transferidos. Tradicionalmente, se afirma que, cuando aumenta el número de embriones transferidos, aumenta la tasa de gestación. Pero no deja de ser cierto que los casos en que se dispone de numerosos embriones para transferir se corresponden con las mujeres de menor edad que, a su vez son las que muestran mejores tasas de embarazo.

No obstante, la afirmación aludida es discutible si de la estadística de FIV se excluyen las transferencias de 1, 2 y 3 embriones porque fueron practicadas no disponiéndose de más embriones para transferir.

2) En lo que se refiere a la estimulación ovárica para coito programado o inseminación, la tasa de múltiples se relaciona con el número de folículos desarrollados y, probablemente, depende del control de la estimulación y de los criterios de cancelación establecidos por quien la dirige.

De cualquier forma, cada vez más voces insisten en que el objetivo del tratamiento de la esterilidad es el nacimiento de un feto sano y en que los embarazos múltiples deben contabilizarse entre las complicaciones de la reproducción asistida y no entre los buenos resultados.

Si, además de todo lo señalado, se considera los problemas que la repro-

ducción asistida está creando para los servicios de obstetricia y neonatología y el enorme incremento del gasto que las gestaciones múltiples acarrearán, parece llegado el momento de que todo grupo de trabajo vaya introduciendo estrategias para evitar, en la medida que sea posible, la yatrogenia que supone la gestación múltiple. Quedará el problema de las estimulaciones ováricas realizadas por médicos o grupos no especializados y practicadas sin el adecuado control, sin criterios válidos y sin protocolos establecidos pero, este es otro problema y no puede ser ni siquiera correctamente evaluado.

También es momento de que las mujeres que tienen que recibir los distintos tipos de tratamiento de la esterilidad consideren que el embarazo múltiple, incluido el gemelar, es absolutamente indeseable. Para ello, es estrictamente necesario que los especialistas dejemos de celebrar con las parejas a las que atendemos la gestación doble: tantas veces hemos dicho "Qué suerte, con un solo tratamiento teneis lo que buscabais, dos hijos!".

Desde las sociedades científicas debe también hacerse un esfuerzo para conseguir minimizar la incidencia de gestaciones múltiples y erradicar los problemas que éstas conllevan.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Guyer, B., et al.:** Annual summary of vital statistics -1997. *Pediatrics*, 1998. 102: p. 1333 - 1349.
2. **Elster, N.:** I.f. Science, and T.w.g.o.r. technology, Less is more: the risks of multiple births. *Fertil Steril*, 2000. 74: p. 617-623.
3. **Jones, H.J. and J. Schnorr.:** Multiple pregnancies: a call for action. *Fertil Steril*, 2001. 75: p. 11 - 13.
4. **Crosignani, P., B. Rubin, and T.E.C.W. Group.:** Multiple gestation pregnancy. *Hum Reprod*, 2000. 15: p. 1856 - 1864.

Alberto Romeu

Jefe de Servicio de Ginecología (Reproducción Humana). Hospital Universitario La Fe. Valencia.
Profesor Asociado del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Universidad de Valencia.
Presidente de la Sociedad Española de Fertilidad.
Editor y Director Científico de la Revista Iberoamericana de Fertilidad.