

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

NOVEDADES DESDE LA VERSIÓN ANTERIOR

Se añaden los indicadores de evaluación

INDICE

1. Introducción
2. Requisitos generales para la realización de Inseminación Artificial (I.A.)
3. Inseminación Artificial de Pareja.
4. Inseminación Artificial de Donante.
5. Estimulación del ciclo de IA
6. Control del ciclo de IA
7. Indicadores
8. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

La inseminación artificial (IA) intrauterina consiste en el depósito de semen de la pareja (IAP) o de un donante (IAD) en la cavidad uterina de la mujer. Existen otras formas IA, pero en este protocolo se hará referencia constante a la inseminación intrauterina.

2. REQUISITOS GENERALES PARA LA REALIZACIÓN DE I.A.

Los requisitos para realizar una IA, además de los generales para realizar técnicas de reproducción asistida (TRA) en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) son:

- Histerosalpingografía con dos trompas permeables sin sospecha defuncionalidad deficiente. Se podrá intentar IA en casos de mujeres con una sola trompa funcionante y menores de 35 años. En otros casos, la técnica de elección será FIV/ICSI.
- Ausencia de endometriosis ovárica.
- Serologías VIH, VHB, VHC y lúes negativas, salvo técnicas de tratamiento de semen. Inmunidad frente a rubeola.
- Ausencia de patología que limite las posibilidades de éxito.
- No consumo de drogas en ambos miembros de la pareja.
- IMC de la paciente < 30 kg/m².
- Consentimiento informado de la técnica firmado.
- En el caso de IAD, el semen provendrá de un banco autorizado de semen, donde a los donantes se les realizará una historia clínica, exploración física, analítica (que incluye despistaje de enfermedades infecciosas transmisibles), cariotipo y estudio de portador de enfermedades genéticas frecuentes en nuestro medio, como fibrosis quística (CFTR), atrofia muscular espinal (SMN1), sordera neurosensorial no sindrómica (GJB2) y hemoglobinopatías más prevalentes (HBA1/HBA2, HBB; alfa y betatalasemia, anemia falciforme). A pesar de estos estudios, se debe informar a la paciente que no queda garantizado el nacimiento de un niño libre de enfermedad genética.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

3. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE PAREJA (IAP)

3.1-Indicaciones

- Factor masculino leve: oligoastenozoospermia, hipospermia (<1 mL) o disfunción sexual que imposibilite el coito.
- Factor femenino: causa ovulatoria o disfunción sexual que imposibilite el coito.
- Esterilidad sin causa aparente con pronóstico favorable.

3.2. Requisitos específicos de IAP

Además del cumplimiento de los criterios generales de acceso a TRA y de los criterios generales de IA, se requiere:

- Edad de la mujer en el momento del tratamiento de IAP inferior a 38 años.
- Seminograma
- Presencia de al menos un año de esterilidad
- Un máximo de 4 años de esterilidad.

3.3. Número de ciclos e inseminaciones en IAP

- Se realizará una inseminación por ciclo.
- Un máximo de 3 ciclos en mujeres < 35 años salvo mejor criterio médico.

4. INSEMINACIÓN ARTIFICIAL DE DONANTE

4.1. Indicaciones

- Factor masculino grave, en caso de no aceptación de otras técnicas.
- Enfermedad genética del varón o estado de portador de enfermedades genéticas recesivas también existentes en la mujer, sin aceptar o ser susceptible la realización de un diagnóstico genético preimplantacional (DGP).
- Enfermedad infecciosa del varón con afectación seminal sin aceptar o ser susceptible la realización de lavado de semen.
- Incompatibilidad entre ambos miembros de la pareja con antecedente de isoinmunización en embarazos previos.
- Mujer sin pareja o con pareja femenina.

4.2. Requisitos específicos de IAD

Además del cumplimiento de los criterios generales de acceso a TRA y de los criterios generales de IA se requiere:

- Edad menor de 40 años al incluirse en lista de espera.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

4.3. Número de ciclos

- Un máximo de 4 ciclos en mujeres < 40 años.
- Un máximo de 3 ciclos 40 años.

5. ESTIMULACIÓN DEL CICLO DE IA

El objetivo principal es el desarrollo monofolicular o bifolicular en su defecto. Se realizará preferentemente la inducción del ciclo con gonadotropinas, siendo posible la estimulación con clomifeno o el ciclo natural en casos puntuales, quedando a criterio del facultativo, si bien, se ha demostrado una mayor tasa de gestación con el uso de gonadotropinas. Ninguna gonadotropina ha demostrado superioridad respecto de otra, por lo que es posible realizar la estimulación con cualquiera de las disponibles en el mercado. El protocolo de estimulación variará considerando la sensibilidad de la paciente a las gonadotropinas, así como su teórica dosis umbral dependiente del IMC, reserva folicular y presencia de síndrome de ovarios poliquísticos (SOP). En todo caso, se utilizarán dosis bajas con inicio en los primeros días de ciclo.

- Protocolo de administración de ascenso lento (step up): se administra una dosis inicial de 50-75 UI. Se irá incrementando la dosis progresivamente cada 3-7 días hasta un máximo de 28 días. Si no se consigue gestación y es preciso iniciar un nuevo ciclo, se aconsejará empezar con la dosis de gonadotropinas que se consiguió desarrollo folicular.
- Protocolo de administración de descenso (step down): la dosis inicial es de 75-100 UI, 11 mm, momento en el que se iniciará una reducción de la dosis de gonadotropinas cada 2-3 días, hasta lograr un buen control del desarrollo monofolicular.
- Protocolo individualizado: Combina las dos pautas anteriores, con modificaciones más rápidas en el tiempo, pero individualizando según la respuesta de cada paciente y de cada ciclo.
- Los antagonistas de la GnRH pueden ser empleados, quedando a criterio médico.

6. CONTROL DEL CICLO DE IA

Se realizará el primer control ecográfico el 8º o 9º día del ciclo, considerando que algunas pacientes pueden beneficiarse de un control más precoz por sus características o datos de ciclos previos. A partir de ahí se realizarán cada 2-3 días. Se considera un desarrollo folicular óptimo al objetivarse uno o dos folículos < de 18 mm. El ciclo debe ser cancelado si en alguno de los controles ecográficos aparece riesgo elevado de síndrome de hiperestimulación ovárica o de gestación múltiple:

- > 3 folículos mayores de 16 mm. Ø o algún folículo de 18 mm y 3 o más de 16 mm Ø.

En casos excepcionales puede valorarse en caso de hiperrespuesta transformar el ciclo en un proceso de FIV-TE.

Inducción de la ovulación. La inducción de la ovulación se realizará con hCG recombinante administrada vía subcutánea 36-38 horas antes de la inseminación.

Procedimiento tras la IA. La paciente puede realizar su vida normal sin necesidad de reposo ni baja laboral. Se aconsejará soporte de fase lútea mediante la administración de 200 mg de progesterona por la noche y se darán indicaciones para realizar test de gestación en 15 días, comunicando resultado a la Unidad de Reproducción.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Tasa de ciclos cancelados.	$\frac{\text{Ciclos no inseminados/ciclos iniciados}}{\text{Ciclos no inseminados/ciclos iniciados}}$	Auditoria	10%

8. BIBLIOGRAFÍA

- Guía de reproducción humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. 2024.
- Inseminación en pareja heterosexual. Grupo de trabajo de centros públicos de la Sociedad Española de Fertilidad. Guías clínicas SEF. Diciembre 2021.
- Inseminación artificial con semen de donante. Rodríguez F, Guillén JJ, Rodríguez-Aranda A. Guías clínicas SEF. Diciembre 2021.

Autores	L. Martínez, R. Sánchez		
Fecha elaboración	31-10-24	Vigencia	31-10-28