

Inseminación Intrauterina



Inseminación Intrauterina

Para que ocurra un embarazo, los espermatozoides deben viajar desde la vagina hasta la trompa de Falopio, donde se encuentran con el óvulo. El cuello uterino normalmente limita el paso de espermios, por lo que solo unos pocos logran realizar el viaje completo.

La inseminación intrauterina (IIU) busca acortar este largo viaje, depositando a los espermatozoides directamente en la cavidad uterina, por lo que solo deben viajar hacia la trompa, esto a la vez permite que sea un mayor número de ellos. Este procedimiento se lleva a cabo para mejorar las posibilidades de que una mujer quede embarazada.

¿Qué es la Inseminación Intrauterina?

La IIU consiste en colocar directamente en la cavidad uterina una muestra de espermios previamente preparados en el laboratorio, con el fin de aumentar la probabilidad de que ocurra la fecundación del óvulo. Para esto es necesario sincronizarlo con la ovulación en la mujer.

Para aumentar las tasas de embarazo se estimulan los ovarios con hormonas y se controla la ovulación, para determinar el mejor momento de la inseminación.

Es una técnica simple, eficaz, no invasiva, con buena tasa de embarazos.

¿Cuándo está indicada?

Homóloga (espermios pareja)

- Alteraciones leves a moderadas espermiograma
- La dificultad de penetración de los espermatozoides en la cavidad uterina (factor cervical)
- Una causa desconocida de la infertilidad (ISCA)
- Los trastornos ovulatorios
- La endometriosis mínima o leve

Heteróloga (espermios donante)

- Azoospermia o ausencia completa de espermatozoides tanto en el semen como en la biopsia de testículo.
- Alteración severa espermiograma
- Tras fracaso de la fecundación in Vitro.
- No aceptación de la Fecundación in Vitro.
- Ciertas alteraciones cromosómicas o genéticas en el hombre.
- Riesgo de transmisión de otro tipo de patologías como ITS
- Mujeres solas o sin pareja masculina.

Procedimiento

1

Estimulación ovárica e inducción de la ovulación: Este procedimiento es necesario para incrementar las posibilidades de éxito ya que de forma natural la mujer solo produce un folículo y, por tanto, un óvulo en cada ciclo menstrual.

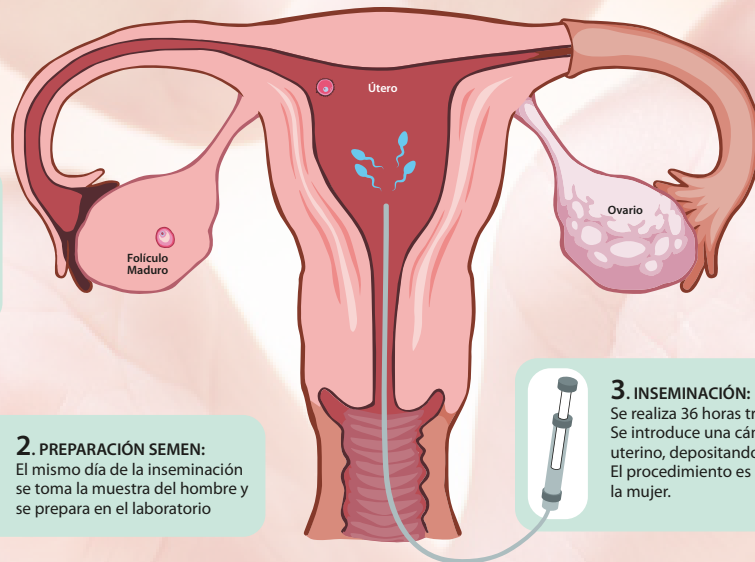
Esta fase dura entre 10 y 12 días, y consiste en estimular el ovario para que produzca más folículos. Se realiza el control y seguimiento con ecografías.

2

Preparación del semen: Los espermatozoides son preparados en el laboratorio, seleccionando a los de mejor calidad y movilidad.

3

Inseminación: El procedimiento es ambulatorio y se realiza en las consultas de la Clínica. En el laboratorio de Andrología, se carga la muestra preparada en una cánula. Tras la colocación de un espéculo, se introduce la cánula a través del cuello uterino, lo que permite depositar la muestra en el interior del útero. La paciente se mantiene en reposo por 15 minutos.



1. ESTIMULACIÓN OVÁRICA E INDUCCIÓN OVULACIÓN:

Se estimula el ovario con fármacos que llevan al desarrollo de más de un folículo, cuando el tamaño es apropiado se gatilla la ovulación.



2. PREPARACIÓN SEMEN:

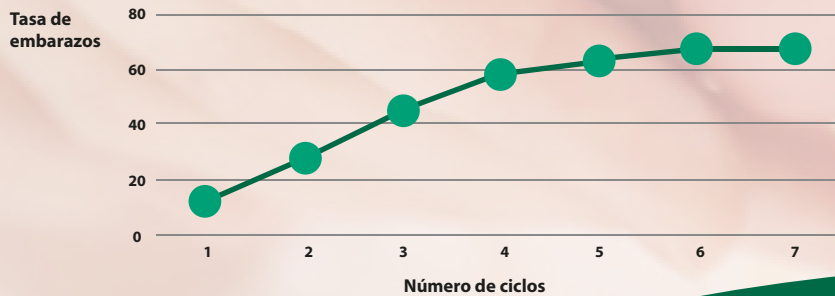
El mismo día de la inseminación se toma la muestra del hombre y se prepara en el laboratorio



3. INSEMINACIÓN:

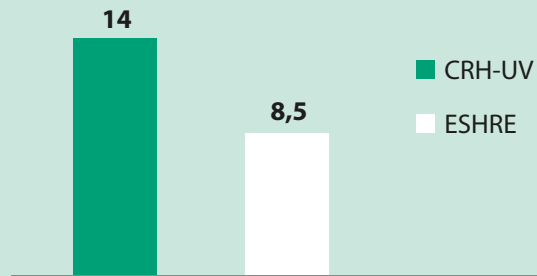
Se realiza 36 horas tras gatillar la ovulación. Se introduce una cánula a través del cuello uterino, depositando los espermatozoides. El procedimiento es breve e indoloro para la mujer.

¿Cuál es la probabilidad de éxito?



La tasa de éxito aumenta con el número de ciclos.

Los resultados de nuestro centro en cuanto a número de recién nacidos por ciclo son superiores a los de otros centros.



¿Cuáles son los posibles riesgos?

a. Síndrome de hiperestimulación ovárica: en ocasiones la respuesta ovárica al tratamiento es excesiva, se desarrolla un gran número de folículos y aumenta el tamaño ovárico.

b. Embarazo múltiple: la probabilidad de tener un embarazo múltiple es aproximadamente 6%. Se relaciona directamente con el número de folículos al momento de gatillar la ovulación. La gestación de dos o más fetos supone un aumento de los riesgos materno/fetales, tales como incremento de la patología del embarazo, prematurez, bajo peso al nacimiento y complicaciones neonatales severas, además de las dificultades sociales, económicas y laborales de los padres. Estos riesgos se incrementan significativamente con embarazos de 3 o más fetos. Por todo lo anterior, si hay 3 o más folículos desarrollados se suele cancelar el ciclo.

c. Embarazo ectópico: es la implantación del embrión fuera del útero, habitualmente en las trompas. Excepcionalmente puede coexistir con un embarazo situado en el útero. Se produce en un 5% de los casos.

d. Aborto: la incidencia de abortos es discretamente superior a la observada en embarazos espontáneos afectando alrededor de un 15% de los casos.

e. Anomalías congénitas, genéticas y otras complicaciones: la IIU no se ha asociado con mayor riesgo de anomalías congénitas, enfermedades genéticas y complicaciones durante el embarazo y el parto comparado con la población infértil de igual edad no sometida a este tipo de tratamientos. En los pacientes portadores conocidos de trastornos genéticos, infecciosos o de otra naturaleza, el riesgo de transmisión de estos problemas a la descendencia debe ser evaluado individualmente antes del tratamiento con inseminación artificial.

f. Riesgo psicológico: pueden surgir dificultades en la relación de pareja (sexual y emocional), por síntomas de ansiedad y depresión, sobre todo en el período de espera de los resultados, así como ante las fallas repetidas.

g. Otras condiciones no deseables posibles:

- Infección del aparato genital de la mujer.
- Reacciones adversas o intolerancia a la medicación.
- Torsión ovárica.
- Cancelación de la estimulación ovárica por ausencia o inadecuado desarrollo folicular o por excesiva respuesta a los tratamientos.

Clínica de Reproducción Humana



Universidad
de Valparaíso
CHILE

Hontaneda N° 2664 Valparaíso
Fono: (32) 250 7313
Mail: reproduccionhumana@uv.cl

reproduccionhumana.uv.cl