

31. Conducta reproductiva en la premenopausia

INTRODUCCIÓN

La fertilidad de la mujer empieza a declinar con los años. La edad cercana a la menopausia puede ser una etapa ya límite para conseguir el embarazo. Podemos definir la premenopausia como el periodo en la vida de la mujer cercano a la menopausia, en el que la mujer conserva ciclos menstruales, presentando una reducción fisiológica de la dotación folicular.

La edad de la mujer es uno de los factores más importantes en el éxito o fracaso de las técnicas de reproducción humana. Se sabe que la fertilidad de la mujer empieza a disminuir a partir de los 35 años. Se acepta que la fecundidad mensual de la mujer pasa de un 8% a los 35 años, al 3% a los 38 años. A esta edad, el porcentaje de mujeres definitivamente estériles puede llegar a un 50%. Sin embargo, la sociedad actual somete a la mujer joven a una gran presión profesional y le obliga a retrasar la edad de la concepción hasta bien entrada la treintena. Cada vez son más frecuentes las consultas por deseo de gestación más allá de los 40, periodo que podríamos considerar “premenopáusico”.

También debemos considerar que el riesgo de abortos espontáneos se incrementa con la edad, alcanzando el 40% después de los 40 años.

Evaluación de la fertilidad

El diagnóstico de la reserva ovárica es un factor indispensable dentro del estudio de la esterilidad. Al mismo tiempo es una pieza fundamental dentro de la valoración del pronóstico reproductivo a partir de los 40 años⁽¹⁾.

En la premenopáusica se recomienda un estudio lo más rápido posible de la reserva folicular.

RSAA

Dentro del estudio de la reserva ovárica se incluyen:

Análisis hormonales basales (en fase folicular precoz) de FSH, estradiol, Inhibina B y hormona antimulleriana

Un nivel alto de FSH se relaciona con una reserva folicular comprometida dando lugar a una baja tasa de embarazo y una alta incidencia de ciclos cancelados por baja respuesta⁽²⁻⁴⁾.

Un nivel alto de FSH se relaciona con una reserva folicular comprometida dando lugar a una baja tasa de embarazo y una alta incidencia de ciclos cancelados por baja respuesta

C

Tests dinámicos

El más utilizado es el test de clomifeno que se relaciona con una reserva folicular pobre y posibilidades bajas de embarazo⁽⁵⁾.

Un test de clomifeno patológico se asocia a una reserva folicular pobre y a baja posibilidad de embarazo.

C

Contaje folicular ecográfico basal

El número de folículos antrales en fase folicular precoz guarda una relación directa con la reserva folicular ovárica⁽⁶⁾.

El número de folículos antrales en fase folicular precoz se relaciona directamente con la reserva folicular ovárica.

C

El recuento de folículos antrales es un estudio fácil y no invasivo, por lo que debe ser considerado como una de las primeras opciones para el diagnóstico de la reserva folicular.

RSAA

Además del estudio de esterilidad, deberemos añadir una valoración médica preconcepcional con el fin de descartar alteraciones como la hipertensión arterial y la diabetes, que son más frecuentes en este grupo de mujeres. Por ello, la realización de una mamografía dentro de la revisión ginecológica general debe ser incluida en este estudio previo.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos que estarían indicados en problemas de fertilidad debidos a la edad incluyen la inducción de la ovulación acompañada con inseminación artificial, FIV y la donación de ovocitos.

La eficacia de la inseminación artificial en mujeres con edad superior a los 40 años es muy escasa siendo inferior a un 5% (rango 1,4%-5,2%)(7,1). Desconocemos la existencia en la literatura de estudios prospectivos comparativos entre la inseminación artificial y la FIV en mujeres de edad avanzada.

Debe proporcionarse información clara a la pareja de las posibilidades de gestación y de los riesgos con cada una de las técnicas disponibles.	RSAA
La eficacia de la inseminación artificial en mujeres mayores de 40 años es inferior al 5% por ciclo.	C

La presencia de otro factor acompañante de esterilidad en este colectivo de mujeres hace que la recomendación a realizar un ciclo de FIV sea mejor. La tasa de embarazo en FIV es superior a la inseminación artificial(8). El porcentaje de embarazo que se consigue en mujeres con edad superior a los 40 años estaría alrededor del 15-20%.

En las mujeres mayores de 40 años las tasas de embarazo son superiores con FIV que con inseminación artificial.	B
Ante la presencia de algún factor añadido de esterilidad se recomienda la realización de FIV.	RSAA

Hay que explicar a la pareja que la relación coste/beneficio del proceso de FIV en mujeres de edad avanzada es aproximadamente 3,6 veces superior que en las mujeres menores de 38 años(9).

Se ha descrito en la literatura la posibilidad de la utilización del diagnóstico genético preimplantacional en pacientes de edad avanzada con el fin de evitar la transferencia de embriones aneuploides(10). La baja respuesta y el consecuente escaso número de embriones determinaría la utilización de esta alternativa.

En las mujeres mayores de 40 años que recurren a la FIV se recomienda el diagnóstico genético preimplantacional.	RSAA
--	-------------

La donación de ovocitos es la técnica con mayor tasa de embarazo en estas pacientes. La tasa de embarazo obtenida en mujeres de edad superior a los 40 años con esta técnica se sitúa entre el 50-60%⁽¹¹⁾.

La técnica que permite un mayor índice de gestación en las pacientes premenopáusicas es la donación de ovocitos.

C

BIBLIOGRAFÍA

1. Barri PN, Coroleu B, Tur R. Edad de la mujer y fertilidad. In: Reproducción Humana. Remohí J, Pellicer A, Simón C, Navarro J, eds. Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 2002.
2. Muasher SJ, Oehninger S, Simonetti S, Matta J, Ellis LM, Liu HC, Jones GS, Rosenwaks Z. The value of basal and/or stimulated serum gonadotropin levels in prediction of stimulation response and in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril* 1988;50:298-307.
3. Scott RT, Toner JP, Muasher SJ, Oehninger S, Robinson S, Rosenwaks Z. Follicle-stimulating hormone levels on cycle day 3 are predictive of in vitro fertilization outcome. *Fertil Steril* 1989;51:651-654.
4. Toner JP, Philput CB, Jones GS, Muasher SJ. Basal follicle-stimulating hormone level is a better predictor of in vitro fertilization performance than age. *Fertil Steril* 1991;55:784-791.
5. Scott RT, Leonardi MR, Hofman GE, Illions EH, Neal GS, Navot D. A prospective evaluation of clomiphene citrate challenge test screening of the general infertility population. *Obstet Gynecol* 1993;82:539-544.
6. Hendriks DJ, Mol BW, Bancsi LF, Te Velde ER, Broekmans FJ. Antral follicle count in the prediction of poor ovarian response and pregnancy after in vitro fertilization: a meta-analysis and comparison with basal follicle-stimulating hormone level. *Fertil Steril* 2005;83:291-301.
7. Agarwal SK, Buyalos RP. Clomiphene citrate with intrauterine insemination: is it effective therapy in women above the age of 35 years? *Fertil Steril* 1996;65:759-763.
8. American Society for Reproductive Medicine. Guidelines for sperm donation. *Fertil Steril* 2004;82 Suppl 1:S9-12.
9. Suchartwatnachai C, Wongkularb A, Choktanasiri W, Chinsomboon S, Rojanasakul A. Cost-effectiveness of IVF in women 38 years and older. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;69:143-148.
10. Munne S, Sandalinas M, Escudero T, Velilla E, Walmsley R, Sadowy S, Cohen J, Sable D. Improved implantation after genetic diagnosis of aneuploidy. *Reprod Biomed Online* 2003;7:91-97.
11. Flamigni C, Borini A, Violini F, Bianchi L, Serrao L. Oocyte donation: comparison between recipients from different age groups. *Hum Reprod* 1993;8:2088-2092.