

# ESTUDIO DE LA PAREJA INFÉRIL

POR DRA. GRECIATABOADA Y DR. HENRY MATEO

La infertilidad se define como la incapacidad para obtener un embarazo a término (hijos vivos) después de 12 meses de relaciones sexuales sin protección. Las mujeres de 35 años o más no deben dejar pasar más de 6 meses.

El índice de embarazos en las parejas que inician relaciones sexuales sin ningún tipo de protección es de 25% en el curso del primer mes, 63% en los 6 primeros meses, 75% en los primeros 9 meses, del 80-90% en el primer año.

Se estima que entre un 20% de las parejas no puede concebir después de un año de intentar un embarazo. Es importante que los intentos por quedar embarazada se hagan durante al menos un año. El punto de máxima fertilidad de una mujer es a comienzos de los 20 años de edad. A medida que la mujer pasa de los 35 años, y particularmente después de los 40, la probabilidad de concebir cae a menos del 10% por mes.



La infertilidad se clasifica en primaria y secundaria, definida de la siguiente manera:

- **PRIMARIA:** es el término utilizado para describir a una pareja que nunca ha podido lograr un embarazo después de intentarlo durante al menos un año.
- **SECUNDARIA:** es el término utilizado para describir a las parejas que han logrado por lo menos un embarazo previo, pero que no han podido lograr otro embarazo después de 1 año de intentarlo.



Las causas de la infertilidad abarcan un amplio rango de factores tanto físicos como emocionales. Entre un 10-15% de las parejas en general es afectado y se atribuyen las causas femeninas un 35%, causas masculinas 30%, ambos 20% y 15% son causa desconocida.

El factor masculino incluye una disminución del conteo de espermatozoides (oligospermia), contaminantes ambientales, deficiencia hormonal, impotencia, eyaculación retrógrada, cicatrizaciones por enfermedades de transmisión sexual. Algunos factores que afectan el conteo espermático son un alto consumo de marihuana, tabaquismo y consumo de medicamentos como cimetidina, espironolactona y nitrofurantoína.

El factor femenino incluye esterilidad por anomalías de vulva, introito, vagina, cérvix y cuerpo uterino (malformaciones congénitas, anomalías anatómicas, infecciones, alteración del moco cervical, enfermedad adquirida no infecciosa), esterilidad de causa tubo-peritoneal (congénitas, endometriósicas, infecciosas, postquirúrgicas, tumorales y funcionales), esterilidad de causa hormonal (anovulación, déficit de secreción de progesterona). Elevación de prolactina causada muchas veces por stress.

Todo este estudio conlleva una metodología, cada pareja es diferente, por lo que se estudia de manera individualizada, haciéndoles "un traje a su medida". Ya que, desde el 2000, en el ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) se estableció que se deben evitar las pruebas innecesarias que demoran el diagnóstico y encarecen el proceso.

Mediante la obtención de un diagnóstico preciso se opta por el tratamiento adecuado, prácticamente se pueden corregir cualquiera de los factores que influyen en la infertilidad a excepción de la edad avanzada de la mujer. Se recomienda evitar el tabaquismo, disminuir el consumo de alcohol, una alimentación saludable, mantenerse en peso ideal, ya que de esta manera se consigue mejor

Para conocer con mayor certeza las causas de la infertilidad y ofrecer la mejor opción de tratamiento, se debe de estudiar a la pareja mediante:

- **HISTORIA CLÍNICA:** interrogatorio, antecedentes personales, antecedentes gineco-obstétricos, edad y antecedentes patológicos de la pareja, exploración física completa.
- **ANÁLISIS DE LABORATORIO:** biometría hemática, química sanguínea, tipo sanguíneo y Rh, examen general de orina, anticuerpos anti-Chlamydia, anticuerpos anti-Mycoplasma, ya que estos microbios matan los espermias, V.D.R.L. (sífilis), VIH, hormonas tiroideas y sexuales (FSH, LH, Estradiol, Progesterona), cultivo vaginal.
- **ESPERMATOBIOSCOPIA QUE DEBE CONTENER:** volumen eyaculado: > 2 ml, pH: 7,2 a 8, Concentración espermática por ml: >15.000.000, Concentración espermática total: >30.000.000, Motilidad lineal progresiva (a+b): >50%, Motilidad lineal rápida (a): >25%, Morfología normal: >4%, Viabilidad: >50%, Aglutinación: <10%. (OMS octubre 2011)
- Ultrasonido endovaginal, Histerosalpingografía, Histerosonografía
- Laparoscopia, Histeroscopia

## ESTUDIO DE LA PAREJA INFÉRIL

Datos que confirman la existencia de la ovulación y valoración de la reserva ovárica:

- Presencia de ciclos menstruales regulares
- Determinación de la progesterona plasmática en fase lútea
- Elevación de la reserva ovárica mediante determinaciones hormonales y ecografía
- Pruebas que valoran la permeabilidad tubárica
- Laparoscopia
- Histerosalpingografía
- Histerosonosalpingografía
- Faloposcopia y salpingoscopia
- Anticuerpos anti-Chlamydia trachomatis
- Determinación de una proporción suficiente de espermatozoides
- Espermatobioscopia

taza de éxito en el tratamiento de reproducción asistida e implica menor inversión económica y de tiempo a la pareja.

\*Dr. Henry Mateo Sáez es Ginecólogo, Biólogo de la Reproducción. Master en FIVTE, IVI Valencia España. Fellow Visitor Kato Ladies Clinic Tokyo - Japón. Miembro de la Asociación Mundial de Endometriosis. [www.clinicadelafertilidaddebajacalifornia.com](http://www.clinicadelafertilidaddebajacalifornia.com) e-mail: [hmfertil@hotmail.com](mailto:hmfertil@hotmail.com)