

UNIDAD DE GINECOLOGÍA FUNCIONAL Y REPRODUCCIÓN HUMANA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO DE SUBFERTILIDAD.

Acuden a esta consulta preocupados porque no consiguen el embarazo que desean. Las parejas que consultan por subfertilidad (que así se llama su problema) suelen hacerlo con gran ilusión y esperando encontrar una solución rápida y fácil. Quisiéramos poder darles la razón pero desgraciadamente no es así: El estudio y tratamiento de la pareja subfétil puede ser largo, pesado y, en ocasiones, frustrante. Pero no duden que haremos lo posible por conseguir el objetivo.

En nuestra experiencia un cierto porcentaje de parejas que inician el estudio, abandona antes de completarlo, porcentaje que es mayoritario en los casos de parejas que ya tienen algún hijo. Además, no nos parece médicamente razonable someterse a una diversidad de pruebas diagnósticas y tratamientos (que no están exentos de riesgos) si la pareja no tiene lo suficientemente clara su decisión de proseguir el estudio hasta su culminación.

Este folleto que les hemos proporcionado pretende informarles sobre los estudios: en qué consisten, qué problemas pueden aparecer, qué alternativas de tratamiento existen, etc. Y todo ello con el fin de que ustedes puedan tomar una decisión meditada sobre si iniciar o no dicho estudio.

Por favor, lean estas hojas detenidamente y no duden en preguntarnos cualquier duda que se les pueda plantear.

¿QUÉ ES LA SUBFERTILIDAD O ESTERILIDAD?

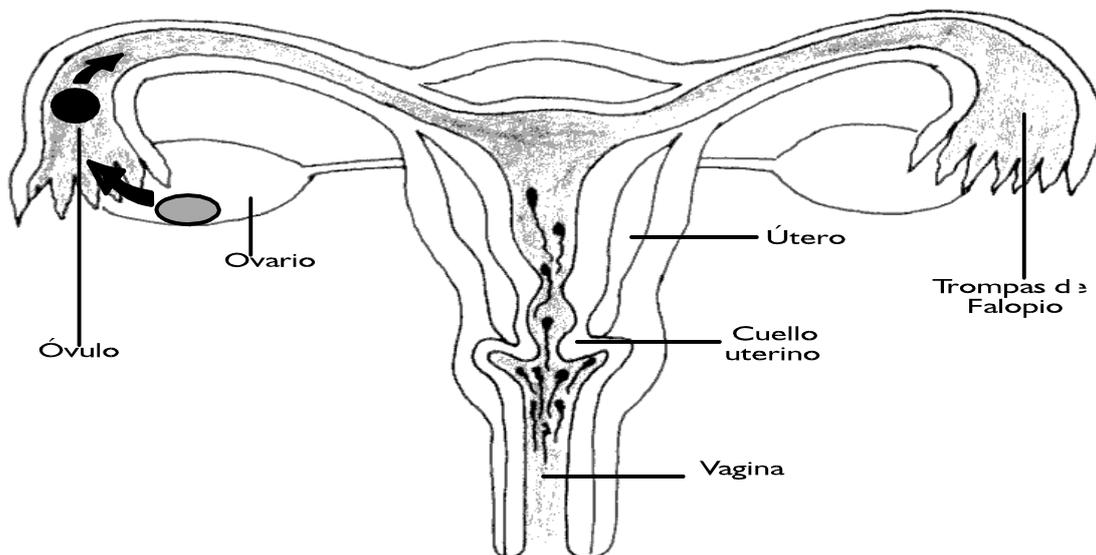
Médicamente se define como la imposibilidad de conseguir un embarazo. Es muy importante que asuman que la subfertilidad no supone en sí misma ningún riesgo para la salud de la mujer y que, por tanto, el único beneficio esperable de su estudio y tratamiento es su futuro hijo/a.

La especie humana es poco fértil y no es raro que algunas parejas tarden bastante tiempo en conseguir una gestación. Por ello, no se inicia el estudio hasta, al menos, un año de relaciones sexuales sin usar ningún método anticonceptivo (lo cual no implica que no puedan producirse embarazos espontáneos pasado ese tiempo).

¿QUÉ NECESITA UNA PAREJA PARA SER FÉRTIL?

- El ovario de la mujer debe producir y expulsar un óvulo (*ovulación*), lo que normalmente ocurre una vez al mes.

- El varón debe ser capaz de producir un número adecuado de espermatozoides, que ha de depositar (al tener relaciones sexuales) en la vagina de la mujer.
- Los espermatozoides deben ser capaces de atravesar el cuello del útero (o matriz) y ascender hasta las trompas de Falopio.
- Las trompas de Falopio no deben estar obstruidas puesto que en su interior han de encontrarse el óvulo y el espermatozoide y unirse (*fertilización*).
- El embrión así creado debe moverse a lo largo de las trompas, llegar al útero y alojarse en el endometrio (capa que recubre el interior del útero y sirve para alojar al embrión en formación).
- Todos estos pasos anteriores están regulados por hormonas, que deben existir en los momentos y cantidades adecuadas para que este proceso llegue a buen fin.



EL ESTUDIO DE SUBFERTILIDAD

Además de la exploración ginecológica y la ecografía, existen tres pruebas que se realizan inicialmente en los estudios de subfertilidad y que deben programarse en días concretos del ciclo:

- 1. Histerosalpingografía.** Sirve para estudiar la cavidad uterina y comprobar que las trompas no están obstruidas, y consiste en la realización de varias radiografías mientras se introduce un contraste radiológico a través del cuello uterino. Esta prueba puede producir molestias y tiene un mínimo riesgo de reacción alérgica al contraste yodado. También puede favorecer el paso de gérmenes hasta la cavidad abdominal, pudiéndose producir en muy raras ocasiones una infección.

- 2. Seminograma.** Es un análisis del semen del varón (obtenido por masturbación).
- 3. Confirmación de la correcta función del ovario.** Se suele hacer mediante uno o dos análisis de sangre.

Si en las pruebas iniciales de la mujer se observara alguna alteración, podría plantearse la realización de una **laparoscopia** y/o una **histeroscopia**. La **laparoscopia** es una intervención quirúrgica diagnóstica para estudiar el aparato genital y el abdomen, y consiste en su observación directa mediante una óptica que se introduce a través de una pequeña incisión en el ombligo. Lógicamente se realiza en quirófano y con anestesia general. En cuanto a la **histeroscopia**, se trata de otra técnica diagnóstica para observación del interior de la cavidad uterina mediante una óptica que se introduce a través del cuello y que permite observar la presencia de lesiones endometriales, malformaciones, etc. Se suele realizar en consulta y habitualmente no precisa anestesia.

Además del riesgo propio de la anestesia, estas intervenciones asocian otra serie de posibles complicaciones (en general leves y poco frecuentes) cuya explicación detallada escapa a los márgenes de esta información y que llegado el momento se le especificarán.

POSIBLES ALTERACIONES EN EL VARÓN Y SU TRATAMIENTO

En caso de producción inadecuada de semen habría que pasar al estudio detallado del varón (en ocasiones junto con el Servicio de Urología). Este estudio puede incluir análisis de sangre, estudios radiológicos y de ecografía y, en algunos casos, biopsia del testículo (toma de tejido testicular bajo anestesia local).

En algunas ocasiones puede existir una alteración grave y no solucionable, en cuyo caso la alternativa de tratamiento sería la utilización de semen de donante.

POSIBLES ALTERACIONES EN LA MUJER Y SU TRATAMIENTO

En caso de **alteraciones de la ovulación** existen varias posibilidades de tratamiento según la causa de base. Suele ser preciso provocar la ovulación con hormonas inyectables. Este tratamiento exige controles muy frecuentes en el hospital (cada 1-3 días) con los problemas que ello conlleva desde el punto de vista personal, laboral, etc. Estos controles son imprescindibles pues el tratamiento puede provocar complicaciones en caso de no realizarse éstos (hiperestimulación ovárica y embarazos múltiples) y existe un margen escaso de seguridad entre la dosis mínima necesaria y la dosis que puede resultar peligrosa.

En caso de presentar una **obstrucción de ambas trompas** es necesario recurrir a una técnica llamada fecundación in Vitro FIV.

La FIV es pues el tratamiento habitual en caso de obstrucción tubárica (también se utiliza en otras situaciones como la endometriosis severa). Esta técnica no se realiza aún en este hospital (por lo que, en caso de necesitarla, serían ustedes remitidos a un centro de

referencia) y a grandes rasgos consiste en extraer óvulos (mediante punción transvaginal), previa estimulación de la ovulación, y fertilizarlos en laboratorio para posteriormente reintroducir los pre-embiones en el útero. Tiene también riesgos de hiperestimulación ovárica y de embarazos múltiples, así como de embarazo extrauterino.

CONCLUSIÓN

Con todo lo dicho no pretendemos desanimarles sino que sean conscientes y asuman la complejidad del proceso que se deciden a iniciar. Cuantitativamente las posibles complicaciones son escasas y, de hecho, un estudio de subfertilidad completo supone menos riesgos médicos que un embarazo normal.

Quisiéramos además remarcar que consideramos fundamental que la decisión sea tomada conjuntamente por los dos miembros de la pareja. De ningún modo iniciaremos ningún estudio si uno de los miembros se niega a someterse a ningún estudio o tratamiento.

En la próxima entrevista podrán pedirnos cuantas aclaraciones necesiten, y les solicitaremos que nos comuniquen cuál es su decisión. Si deciden finalmente iniciar el estudio nos queremos poner desde este mismo momento a su disposición y ofrecerles cuanto esté en nuestra mano para ayudarles a conseguir su objetivo: un embarazo que finalice en un hijo/a sano/a.