

AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE

Infertilidad: un Resumen

Guía para pacientes



SERIE DE INFORMACION PARA PACIENTES

Publicado por la American Society for Reproductive Medicine, bajo la dirección del Comité de Educación del Paciente y el Comité de Publicaciones. Ninguna parte en este documento puede ser reproducida en ninguna forma sin permiso por escrito. Este folleto no pretende de ninguna manera sustituir, dictar ni definir totalmente la evaluación y el tratamiento por parte de un médico calificado. Está pensado exclusivamente como una ayuda para los pacientes que buscan información general sobre temas relacionados con la medicina reproductiva.

Copyright ©2012 por la American Society for Reproductive Medicine.

Infertilidad: un Resumen

Guía Para Pacientes Revisado en 2012

Un glosario de las palabras en cursiva se encuentra al final de este folleto.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad se define normalmente como la incapacidad de lograr un embarazo luego de un año de coito sin protección. Si ha estado intentando concebir durante más de un año, debe considerar una evaluación de infertilidad. Sin embargo, si tiene más de 35 años, debe comenzar una evaluación de infertilidad luego de unos seis meses de coito sin protección en lugar de un año, para no demorar un tratamiento que posiblemente necesita. Si tiene una razón para sospechar que existe un problema, debe buscar atención antes. Por ejemplo, si tiene ciclos menstruales muy irregulares (lo cual puede indicar que no ovula o libera óvulos), o si usted o su pareja tienen problemas conocidos de fertilidad, probablemente no deba esperar un año entero antes de buscar tratamiento. Si usted y su pareja no han podido tener un hijo, usted no está sola. Al menos una de cada siete parejas tiene problemas para concebir. Durante este periodo, es normal tener sentimientos de frustración, celos, enojo y estrés. Sin embargo, una vez que comience a explorar sus alternativas médicas, verá que los tratamientos para la fertilidad ofrecen más esperanza que nunca de lograr un embarazo exitoso. La gran mayoría de las pacientes que buscan atención de un especialista en fertilidad logran su objetivo de quedar embarazadas.

LA PRIMERA VISITA

Su ginecólogo de cabecera puede realizar la primera evaluación de fertilidad, o puede escoger ser evaluada por un especialista en infertilidad. Es importante que encuentre un médico en quien confie o con quien se sienta cómoda. Algunos obstetras/ginecólogos generales tienen un interés especial en el tratamiento de la infertilidad. Los endocrinólogos reproductivos son obstetras/ginecólogos especializados quienes, luego de completar la residencia como obstetra/ginecólogo, realizan tres años más de capacitación especializada en endocrinología reproductiva e infertilidad en un programa de becas aprobado. Si se conoce o se encuentra un *análisis de semen* anómalo, el hombre debe consultar a un urólogo

que se especialice en infertilidad masculina. Para ubicar médicos en su área que se especialicen en problemas de fertilidad femenina o masculina, visite el sitio web de la ASRM en www.ReproductiveFacts.org y haga clic en “Find a Healthcare Professional” (encontrar un profesional del cuidado de la salud) en la parte derecha de la página. Puede buscar un profesional del cuidado de la salud por nombre, por ciudad o por especialidad.

Una vez que haya escogido un médico capacitado, usted y su pareja serán sometidos a una serie de pruebas. A veces esto puede requerir una importante dedicación de tiempo y energía por su parte, pero los resultados son invaluable. Antes de que se realicen estas pruebas, el médico le hará preguntas y revisará cualquier antecedente que usted y su pareja pudieran tener de una evaluación de infertilidad. Asegurar que su médico tenga acceso a los antecedentes médicos es crítico para minimizar la pérdida de tiempo y dinero producto de la repetición de evaluaciones diagnósticas y tratamientos. Tanto usted como su pareja deben intentar estar presente a la primera visita porque la infertilidad es una experiencia compartida y es mejor afrontarla como pareja. En esta visita, comenzará a entender el grado de compromiso y cooperación que requiere un estudio de infertilidad. Es importante que se comunique abiertamente con su pareja y con el médico.

Su médico revisará sus antecedentes y le hará preguntas a usted y a su pareja para ayudar a identificar posibles causas de su dificultad para concebir. En la primera visita típica, el médico le preguntará sobre la frecuencia y la regularidad de su periodo menstrual, posibles dolores pélvicos, flujo o sangrado *vaginal* anormales, antecedentes de infección pélvica y enfermedades médicas. Espere preguntas acerca de embarazos, abortos espontáneos, cirugías y métodos anticonceptivos previos. A su pareja se le harán preguntas acerca de lesiones genitales, cirugías, infecciones, uso de fármacos o medicamentos, antecedentes de tener otros hijos y enfermedades médicas previas. Se les preguntará cuánto hace que intentan concebir, cuán a menudo tienen coito, si utilizan lubricantes durante el coito y si alguien en alguna familia tiene defectos congénitos. Su médico necesitará conocer los antecedentes sexuales y reproductivos completos de usted y su pareja, incluyendo cualquier relación previa. Como más del 25% de las parejas infértiles tienen más de un factor que causa la infertilidad, es muy importante evaluar todos los factores que puedan afectarla a usted y a su pareja.

Durante la primera visita, puede que discuta el estrés emocional de la infertilidad, un tema que a menudo es difícil de compartir con su familia y amigos. Los médicos saben que los procedimientos y las preguntas

íntimas involucradas en un estudio de infertilidad pueden ser difíciles. Nunca dude en comunicar sus inquietudes y frustraciones a su médico y haga preguntas siempre que necesite que el médico aclare algo. Luego de la discusión inicial puede realizarse un examen físico de usted y su pareja. La realización y el alcance de los exámenes dependerá de si se encuentran o no factores que puedan impactar en la fertilidad durante el comienzo de la evaluación.

EL PROCESO DE LA CONCEPCIÓN

Para poder entender las pruebas y los tratamientos de fertilidad que se le ofrecen es importante entender cómo ocurre la concepción normalmente. Primero, su ovario debe liberar un óvulo (ovular), que debe ser recogido por la trompa de Falopio. Los espermatozoides deben viajar a través de la vagina, hacia el útero y luego subir por la trompa de Falopio para fertilizar el óvulo. La fertilización normalmente ocurre en la trompa de Falopio. Luego, el óvulo fertilizado, o embrión, viaja hacia abajo por la trompa de Falopio hasta el útero, donde se implanta en el endometrio y se desarrolla (Figura 1). Si ocurre un problema en cualquier parte del proceso, puede causar infertilidad.

Figura 1

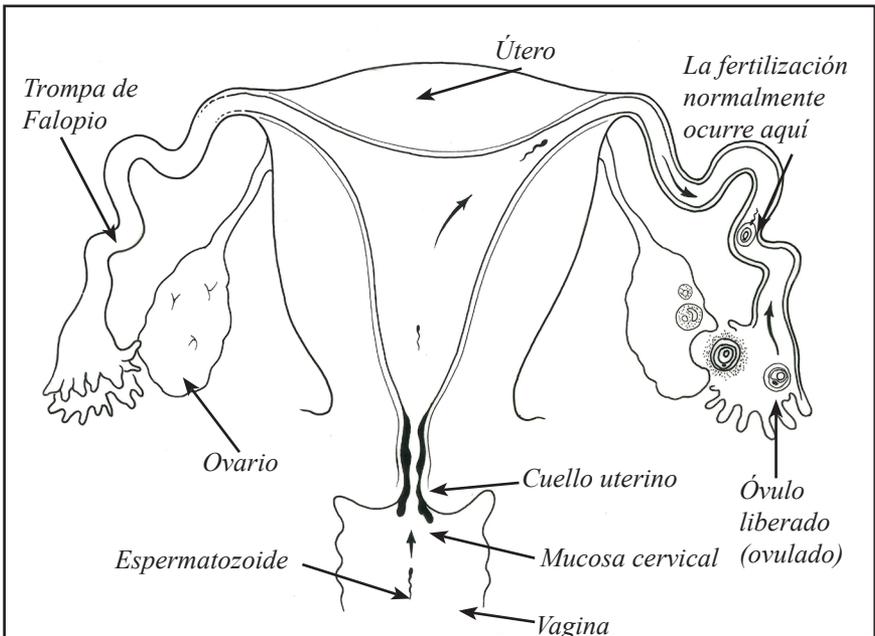


Figura 1. Las flechas indican el camino que el espermatozoide y el óvulo deben seguir para encontrarse. El óvulo fertilizado sigue viajando por la trompa de Falopio hacia el útero.

FACTORES DE LA FERTILIDAD

El factor ovulatorio

Los problemas con la *ovulación* son causas comunes de la infertilidad y representan cerca del 25% de todos los casos de infertilidad. La ovulación involucra la liberación de un óvulo maduro de uno de los ovarios. Luego de la ovulación, el ovario produce la hormona *progesterona*. Durante los 12 a 16 días previos al comienzo de la menstruación, la progesterona prepara el endometrio en un entorno óptimo para la implantación y la nutrición del óvulo fertilizado. Si tiene ciclos menstruales regulares, probablemente está ovulando. Los ciclos que duran aproximadamente entre 24 y 34 días (entre el comienzo de un periodo y el comienzo del siguiente) normalmente son ovulatorios. Si únicamente tiene un periodo cada varios meses o no tiene periodos, probablemente no esté ovulando o lo esté haciendo en forma poco frecuente.

Aunque es incómodo y no se recomienda en forma rutinaria, registrar su *temperatura corporal basal (TCB)* en un cuadro es una forma simple y poco costosa de saber si está ovulando. Para realizar un cuadro de TCB (Figura 2), debe tomar su temperatura oral cada mañana, cuando se despierte y mientras esté en la cama, durante al menos un mes y registrarla en la fecha correspondiente. Normalmente, la liberación de progesterona debida a la ovulación provoca un aumento de temperatura en la mitad del ciclo de entre 0,5 y 1,0 grados Fahrenheit, lo cual indica que ha comenzado la ovulación. Sin embargo, algunas mujeres que ovulan normalmente pueden no mostrar un incremento de temperatura, y muchos factores no relacionados con el ciclo reproductivo, como un resfrío o el cansancio, pueden afectar la TCB. En el mejor de los casos, el TCB ayuda a identificar si ocurre la ovulación y cuándo, pero únicamente una vez que haya ocurrido.

Para predecir la ovulación antes de que ocurra, para planificar el coito o una inseminación, por ejemplo, puede usar un kit de predicción de la ovulación de venta libre. Estos kits de análisis de orina están diseñados para detectar el pico de *hormona luteinizante (LH)* que ocurre justo antes de la ovulación. El pico de LH estimula a uno de los ovarios para que libere un óvulo y produzca progesterona. Los kits de predicción de la ovulación normalmente detectan el pico de LH un día o un día y medio antes de la ovulación, lo cual proporciona a la pareja un aviso anticipado de que se liberará un óvulo (ovulación). Sin embargo, no todas las mujeres que ovulan tienen picos de LH que puedan ser detectados con estos kits. Puede que estos kits le parezcan difíciles de usar y frustrantes. Además, ocasionalmente se obtienen resultados falsos positivos y falsos negativos.

El factor tubárico

Como se necesitan *trompas de Falopio* abiertas y funcionales, las pruebas para determinar la abertura (permeabilidad) de las trompas son importantes. Los factores relacionados con las trompas, así como aquellos que afectan al *peritoneo* (el revestimiento de la pelvis y el abdomen) provocan cerca del 35% de todos los problemas de infertilidad. Puede realizarse una radiografía especial, llamada *histerosalpingografía (HSG)* (Figura 3), para evaluar las trompas de Falopio y el útero (consulte la hoja informativa para pacientes de la ASRM titulada “Histerosalpingografía”). Durante una HSG, se inyecta un líquido especial (colorante) a través del *cuello uterino*, que llena su útero y viaja hacia las trompas de Falopio. Si el líquido se derrama por los extremos de las trompas, están abiertas. Si el líquido no se derrama por los extremos de las trompas, están bloqueadas. Si la HSG muestra trompas de Falopio cerradas, su médico puede realizar una *laparoscopia* para evaluar el grado de lesión de las trompas.

Figura 3

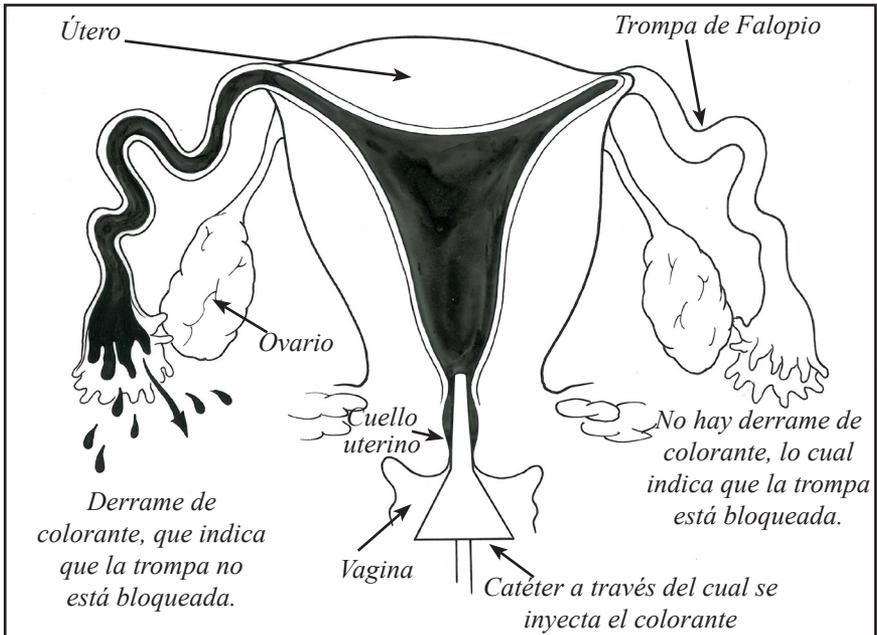


Figura 3. Histerosalpingografía

Si se observa que las trompas están bloqueadas, tienen cicatrices o están dañadas, a veces es posible realizar una cirugía para corregir el problema. Sin embargo, la cirugía no asegura que la trompa, incluso si se abre o si

se la limpia de tejido cicatricial, funcione correctamente. Aunque algunos problemas en las trompas pueden corregirse mediante cirugía, las mujeres con trompas gravemente dañadas tienen tan bajas probabilidades de quedar embarazadas que la *fertilización in vitro (FIV)* les ofrece la mejor esperanza de un embarazo exitoso. Como las trompas muy gravemente dañadas pueden llenarse con líquido (*hidrosálpinx*) y disminuir las tasas de éxito de la FIV, puede que el médico recomiende que se extraigan las trompas dañadas antes de la FIV. Puede obtener más información sobre las enfermedades de la trompas en la hoja informativa para pacientes de la ASRM titulada “Infertilidad por factor tubárico.”

El factor masculino

En aproximadamente el 40% de las parejas infértiles, el hombre es la causa única de la infertilidad o contribuye a ella. Por lo tanto, un análisis de semen es importante en la primera evaluación. Para prepararse para un análisis de semen, se le pedirá a su pareja que se abstenga de eyacular durante al menos 48 horas. Luego se masturbará en casa o en el consultorio para recoger una muestra de semen en un recipiente. En algunos casos, puede obtenerse una muestra de semen durante el coito mediante el uso de un condón especial que provee el médico. La muestra de semen se examina en un microscopio para determinar el volumen, la cuenta (la cantidad), la movilidad (el movimiento) y la morfología (la apariencia y la forma) de los espermatozoides. En general, pueden recomendarse dos o tres análisis de semen a lo largo de dos a seis meses, porque la calidad de los espermatozoides puede variar con el tiempo. También pueden recomendarse otras pruebas hormonales o genéticas dependiendo del tipo y la gravedad de las anomalías que se detecten.

Si el análisis de semen de su pareja muestra anomalías, puede que deba consultar a un clínico que se especialice en infertilidad masculina. El tratamiento de la infertilidad por factor masculino puede incluir terapias con antibióticos para las infecciones, corrección quirúrgica del *varicocele* (venas dilatadas o varicosas en el escroto) o la obstrucción del ducto, o medicamentos para mejorar la producción de espermatozoides. En algunos hombres, puede realizarse una cirugía para obtener espermatozoides de los testículos. En algunos casos, no puede hallarse una causa evidente de la baja calidad de los espermatozoides. Una *inseminación intrauterina (IIU)* o FIV pueden recomendarse en esos casos. La inyección directa de un único espermatozoide en un óvulo (*inyección intracitoplasmática de espermatozoides [ICSI]*) puede recomendarse como parte del proceso de

FIV. Para obtener más información, consulte los folletos de información para pacientes de la ASRM titulados “Infertilidad masculina e Inversión de una vasectomía.” Si no hay espermatozoides en el análisis de semen o no se encuentran en la extracción quirúrgica, el médico puede discutir el uso de un donante de espermatozoides. La inseminación con espermatozoides de un donante también puede considerarse si la IIU no tiene éxito o si usted y su pareja deciden no realizar una FIV.

El factor de la edad

Demorar el embarazo es una decisión común entre las mujeres de la sociedad de hoy. En los últimos años, ha aumentado el número de mujeres a finales de sus treinta o en sus cuarenta que intentan el embarazo. Si ha decidido demorar el embarazo, debido a su educación o su trabajo, por ejemplo, puede que no haya tenido en cuenta que su fertilidad comienza a disminuir en forma significativa a finales de sus treinta o en sus cuarenta. Algunas mujeres incluso empiezan a experimentar una disminución en su fertilidad a finales de sus veinte o a principios de sus treinta.

La fertilidad disminuye con la edad porque quedan menos óvulos en sus ovarios, y la calidad de los óvulos que quedan es menor que cuando usted era más joven. Ahora existen análisis de sangre para determinar su reserva de óvulos, un término que refleja la relación entre su edad y su potencial de fertilidad. En el más simple de estos análisis, se miden las hormonas *hormona foliculoestimulante (FSH)* y *estradiol* en el segundo, tercer o cuarto día de su periodo menstrual. Un nivel de FSH elevado indica que sus probabilidades de quedar embarazada pueden ser menores que las que normalmente se esperan para su edad, en particular si tiene 35 años o más. Además, también puede solicitarse la medición del nivel de *AMH (hormona antimulleriana)* para ofrecer información adicional sobre su reserva de óvulos. Un nivel de AMH más bajo indica menor reserva de óvulos. Un nivel de FSH anormalmente alto o un nivel de AMH anormalmente bajo no significan que usted no tenga posibilidades de concebir exitosamente. Sin embargo, pueden indicar que las tasas de éxito pueden ser más bajas, que se justifiquen tratamientos más agresivos o que pueden ser necesarias dosis de medicamentos más altas. Otra alternativa que se usa comúnmente para detectar la reserva de óvulos es el uso de una ecografía transvaginal para determinar el *recuento de folículos antrales (RFA)*, que es un procedimiento en el que se cuenta cada folículo de ambos ovarios. Un RFA se realiza durante los primeros 3 o 4 días del ciclo menstrual.

Las mujeres mayores de edad tienden a tener menor respuesta a los medicamentos de fertilidad y una tasa de aborto espontáneo mayor que la de las mujeres más jóvenes. La probabilidad de tener un embrión con cromosomas anómalos, como uno con síndrome de Down, también aumenta con la edad. Debido al marcado efecto de la edad en el embarazo y en las tasas de natalidad, es común que las parejas más viejas comiencen los tratamientos de fertilidad antes y, en algunos casos, consideren tratamientos más agresivos que las parejas más jóvenes.

Los posibles tratamientos para la infertilidad relacionada con la edad en las mujeres incluyen el uso de fármacos de fertilidad más IIU o FIV. En los casos en los que los tratamientos fallan o se predice que tendrán una baja probabilidad de éxito, la *donación de óvulos* puede ser una opción. La donación de óvulos tiene una alta probabilidad de éxito, independientemente de los niveles de FSH. Más recientemente, la *donación de embriones* también se ha convertido en una alternativa viable para muchas parejas. La adopción también es una opción importante para las parejas que no han tenido éxito con los tratamientos de fertilidad o que desean evitar dichos tratamientos. Para obtener más información sobre estas opciones, consulte los folletos de información para pacientes de la ASRM titulados “Infertilidad relacionada con la edad y Adopción.”

El factor cervical/uterino

Las condiciones en el cuello uterino, que es la parte inferior del útero, pueden tener un impacto en su fertilidad, pero rara vez son la única causa de la misma. Es importante que su médico sepa si usted se ha realizado anteriormente biopsias, como una biopsia de cono, cirugías, “congelamiento” o tratamiento láser del cuello uterino (LEEP), si tuvo pruebas de Papanicolaou con resultados anómalos o si su madre tomaba dietilestilbestrol (DES) mientras estaba embarazada. Esto es para determinar si existe un problema con su cuello uterino. Los problemas del cuello uterino normalmente se tratan con antibióticos, hormonas o mediante IIU.

La prueba de HSG, que se usa a menudo para estudiar las trompas de Falopio, también puede revelar defectos en el interior de la cavidad uterina, que es el espacio hueco en el interior del útero donde se implantaría y desarrollaría un embrión. Normalmente la HSG se realiza luego de que termine su periodo y antes de la ovulación. Algunas anomalías uterinas que pueden detectarse son la presencia de tejido cicatricial, pólipos

(aglomeraciones del endometrio) o *fibromas* y una forma anómala de la cavidad uterina. Los problemas en el interior de su útero pueden interferir con la implantación de un embrión o pueden aumentar la incidencia de los abortos espontáneos. Una histeroscopia, una intervención quirúrgica menor, mínimamente invasiva y sin incisiones, puede ser necesaria para evaluar en más detalle y posiblemente corregir problemas en la estructura uterina.

Las anomalías uterinas también pueden observarse mediante una sonohisterografía (SHG). Esta prueba también puede llamarse histerosonografía o ecografía con infusión. Una SHG es una ecografía pélvica que se realiza con la inyección de líquido a través del cuello uterino para delimitar la cavidad uterina. A diferencia de la HSG, la SHG permite visualizar la pared del útero y la cavidad simultáneamente, lo cual puede ser útil en algunos casos.

El factor peritoneal

El factor peritoneal de la infertilidad se refiere a las anomalías que involucran el peritoneo (revestimiento de las superficies de los órganos internos) como la presencia de tejido cicatricial (*adherencias*) o la *endometriosis* (Figura 4). La endometriosis es una condición en la cual el tejido que normalmente cubre el interior del útero (endometrio) empieza a crecer fuera del mismo. Este tejido puede crecer en cualquier estructura dentro de la pelvis, incluyendo los ovarios, y se encuentra en cerca del 35% de las mujeres infértiles que no tienen otros problemas de infertilidad diagnosticables. La endometriosis se encuentra más a menudo en las mujeres con infertilidad, dolores pélvicos y coito doloroso. La endometriosis puede afectar el funcionamiento de los ovarios, la reserva de óvulos, el funcionamiento de las trompas de Falopio y la implantación del embrión. Para obtener más información acerca de este problema, consulte el folleto de información para pacientes de la ASRM titulado “Endometriosis.”

La laparoscopia es una intervención quirúrgica mínimamente invasiva que se realiza en el día y sirve para diagnosticar y tratar las adherencias y la endometriosis. La laparoscopia normalmente se realiza bajo anestesia general, a menudo en la unidad quirúrgica para intervenciones en el día de un hospital (unidad ambulatoria). Durante la intervención, se introduce un instrumento telescópico delgado y con una luz, llamado *laparoscopio*, a través de una pequeña incisión en el ombligo o justo debajo del mismo (Figura 5). El médico luego mira por el laparoscopio directamente hacia la cavidad abdominal e inspecciona los *ovarios*, las trompas de Falopio y el útero.

Figura 4

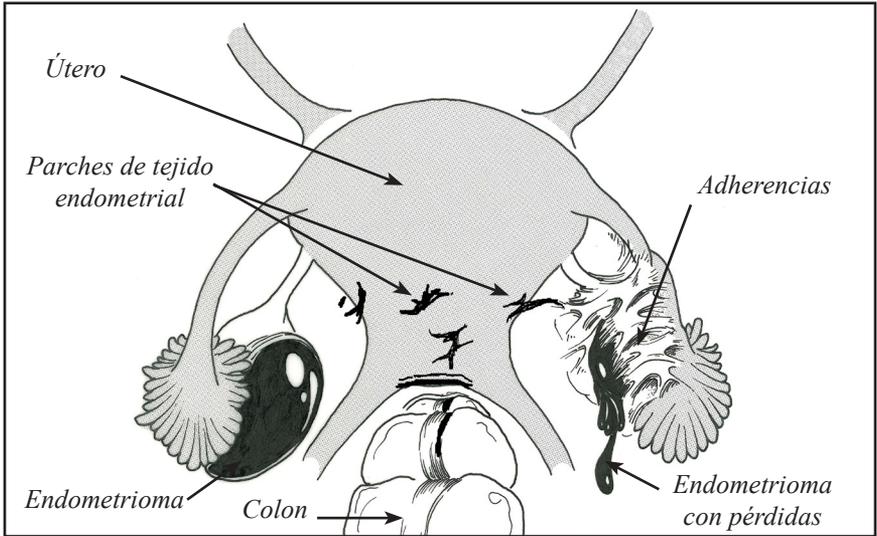


Figura 4. Endometriosis y adherencias.

Puede que se inyecte un colorante a través del cuello uterino para determinar si el pasaje hacia el útero y hacia las trompas está abierto. Pueden realizarse una o más incisiones adicionales sobre el área púbica para que el médico pueda introducir instrumentos adicionales para examinar mejor sus órganos pélvicos y tratar cualquier enfermedad que encuentre.

Hoy en día se pueden usar laparoscópicamente una variedad de instrumentos quirúrgicos, incluyendo instrumentos controlados por robótica y láseres, para tratar condiciones como la endometriosis, las adherencias y los quistes ováricos como los endometriomas (quistes llenos de líquido en los ovarios). En muchos casos, ya no es necesaria una laparotomía, que involucra una incisión abdominal más grande que la de la laparoscopia y tiene un tiempo de recuperación de aproximadamente seis semanas, porque muchos problemas pueden tratarse laparoscópicamente.

Aunque es razonable y a veces recomendable realizar una laparoscopia para identificar y tratar enfermedades pélvicas, esta intervención no se realiza en forma rutinaria para todas las evaluaciones de infertilidad. La laparoscopia es costosa e involucra algunos pequeños riesgos quirúrgicos. Usted y su médico deben discutir si es recomendable realizar una laparoscopia en su caso en particular. A veces un médico puede no recomendar una laparoscopia en un principio, pero hacerlo más tarde dependiendo de su respuesta al tratamiento.

Figura 5

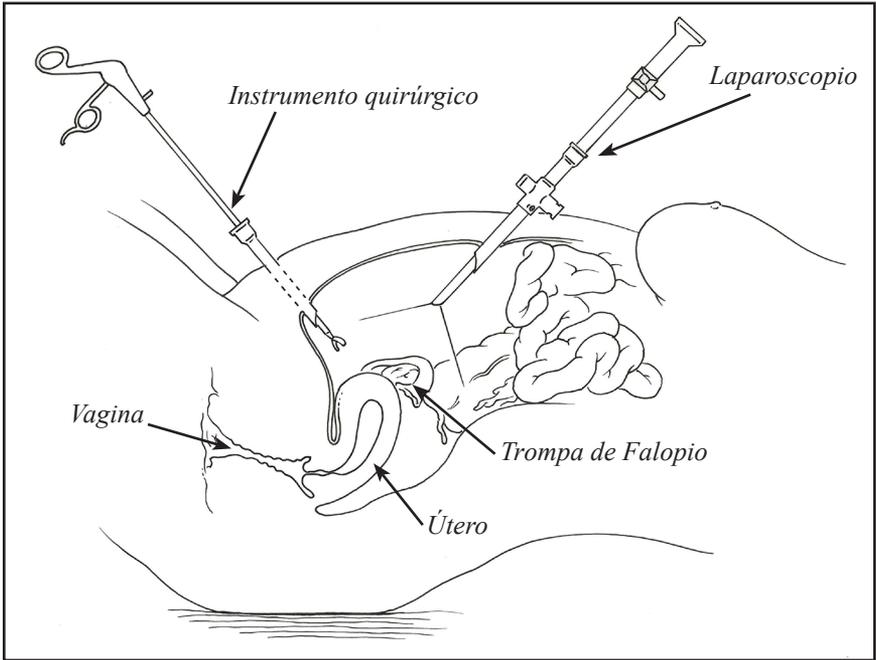


Figura 5. Laparoscopia.

Infertilidad sin explicación

En aproximadamente el 10% de las parejas que tratan de concebir, todas las pruebas anteriores dan resultados normales y no hay una causa fácilmente identificable de infertilidad. En un porcentaje mucho más alto de parejas, se encuentran únicamente anomalías leves que no deberían ser lo suficientemente graves como para provocar infertilidad. En estos casos, se habla de infertilidad “sin explicación.” Las parejas con infertilidad sin explicación pueden tener problemas con la calidad de los óvulos, la fertilización, el funcionamiento de las trompas o el funcionamiento de los espermatozoides que son difíciles de diagnosticar o tratar. Se han utilizado fármacos para la fertilidad e IIU en parejas con infertilidad sin explicación con escaso éxito. Si no se produce el embarazo luego de tres a seis ciclos de tratamiento, puede recomendarse la FIV, que ha mostrado ser el tratamiento más efectivo para la infertilidad sin explicación.

ANOMALÍAS GENÉTICAS

Algunos hombres y mujeres pueden tener anomalías genéticas que hagan más difícil que se produzca el embarazo y más probable que el embarazo termine en un aborto espontáneo. Un ejemplo es la translocación, que

es un reordenamiento del material genético. Esto puede determinarse, bajo circunstancias adecuadas, mediante análisis de sangre sobre la pareja. Algunas parejas incluso pueden tener una enfermedad genética conocida y desear evitar transmitir esa enfermedad al niño. Bajo ciertas circunstancias, puede ofrecerse un tratamiento de fertilidad más avanzado conocido como *diagnóstico genético de preimplantación (DGP)* junto con una FIV. El DGP permite a la pareja averiguar información genética sobre los embriones antes de que se implanten dichos embriones en el cuerpo de una mujer. El tratamiento solo es útil en ciertas parejas y requiere asesoría genética específica. Puede que su médico discuta esta forma de tratamiento con usted dependiendo de su situación particular.

PROBABILIDAD DE ÉXITO CON UNA FIV

Cada pareja tiene un conjunto único de circunstancias, y las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito varían ampliamente. El éxito de la FIV depende de muchos factores, especialmente de su edad y de la calidad de sus embriones. Para obtener más información acerca de la FIV, consulte el folleto de información para pacientes de la ASRM titulado “Tecnologías de reproducción asistida.” Las tasas de éxito nacionales y regionales de las *tecnologías de reproducción asistidas (TRA)* están disponibles en Internet en www.cdc.gov y www.sart.org.

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

La infertilidad es una condición médica que tiene muchos aspectos emocionales. Los sentimientos como el enojo, la tristeza, la culpa y la ansiedad son comunes y pueden afectar su autoestima y la imagen que uno tiene de sí mismo. Puede que le sea difícil compartir sus sentimientos con su familia y sus amigos, lo cual puede llevar al aislamiento. Es importante saber que estos sentimientos son respuestas normales a la infertilidad y que muchas parejas los experimentan. Aunque el médico describirá diversos tratamientos y las probabilidades realistas de éxito de cada uno, usted debe decidir qué tan lejos desea ir en sus intentos de concebir. Llegar a una decisión conjunta con su pareja acerca de los objetivos y las terapias aceptables es importante. También puede ser recomendable establecer límites para las terapias. Para obtener más información, visite el sitio web de educación del paciente de la ASRM en www.ReproductiveFacts.org y el grupo de profesionales de la salud mental de la ASRM en www.asrm.org/MHPG_Patient_Resources. También puede visitar el sitio web de la ASRM en www.asrm.org o www.ReproductiveFacts.org y hacer clic en “Find a Healthcare Professional” (encontrar un profesional del cuidado de la salud) para ubicar consejeros en su área que se especialicen en cuestiones de infertilidad.

RESUMEN

A veces los factores que afectan su fertilidad son fáciles de detectar y tratar, pero en muchos casos puede ser difícil identificar una causa específica de la infertilidad. Luego de una evaluación completa, su médico puede darle una idea razonable de sus probabilidades de quedar embarazada con las diversas alternativas de tratamiento. La elección de qué tratamiento usar, si es que se usa alguno, es estrictamente personal. Los efectos secundarios, el costo, el riesgo de nacimientos múltiples, que aumenta con ciertos tratamientos contra la infertilidad y las tasas de éxito esperadas son factores importantes a considerar al escoger un plan de tratamiento. Es útil al comenzar un tratamiento contra la infertilidad desarrollar un plan a largo plazo con su médico para que usted tenga una idea de cuánto tiempo usar un cierto tratamiento antes de pasar a una terapia más agresiva o dejar el tratamiento. Como su tratamiento inicial puede ofrecer información adicional acerca de la causa de su infertilidad, es muy importante discutir los resultados del tratamiento con su médico para seguir reevaluando su plan. En algunos momentos puede ser necesario suspender temporalmente el tratamiento y volver a comenzar más adelante. Gracias a las diversas opciones que existen hoy, incluyendo tecnologías reproductivas avanzadas y la adopción, la mayoría de las parejas infértiles podrán experimentar la felicidad de ser padres. Cuanto antes se reúna con un especialista, más pronto encontrará respuestas y podrá cumplir su sueño de tener un hijo.

Para obtener más información sobre este tema u otros temas sobre salud reproductiva, visite www.ReproductiveFacts.org



Díganos su opinión

Envíe sus comentarios sobre este folleto por correo electrónico a asrm@asrm.org. En la casilla de asunto, escriba “Atención: Comité de Educación del Paciente”

GLOSARIO

Adherencias. Bandas de tejido cicatricial que pueden unir los órganos pélvicos y/o los tramos de intestino entre ellos. Las adherencias pueden ser provocadas por infecciones, endometriosis o cirugías previas.

Análisis de semen. Examen microscópico del semen para determinar la cantidad de espermatozoides, sus formas y su movilidad.

Cuello uterino. La parte angosta inferior del útero, que se abre hacia la vagina. El canal cervical pasa por el cuello uterino y conecta la vagina con la cavidad uterina. El cuello uterino produce moco a través de lo cual los espermatozoides deben nadar antes de ingresar a la cavidad uterina y luego a las trompas de Falopio.

Cuerpo lúteo. Es un folículo maduro que ha colapsado luego de liberar su óvulo durante la ovulación. El cuerpo lúteo secreta progesterona y estrógeno durante la segunda mitad de un ciclo menstrual normal. La progesterona que secreta prepara el revestimiento del útero (endometrio) para soportar un embarazo.

Deficiencia de fase lútea. Una condición que se presenta cuando el revestimiento del útero no madura correctamente en respuesta a la progesterona secretada por el ovario luego de la ovulación.

Diagnóstico genético de preimplantación (DGP). Una intervención que se usa junto con la FIV. En algún momento entre 3 y 5 días después de que se forme el embrión, se obtiene una biopsia de parte del mismo para realizar pruebas genéticas especiales. Estas pruebas varían y pueden incluir el recuento del número de cromosomas de cada embrión o la búsqueda de una enfermedad genética específica transmitida por la pareja o la familia de la pareja.

Donación de embriones. El proceso de utilizar embriones donados por otra pareja. Los óvulos de otra mujer ya han sido fertilizados.

Donación de óvulos. El proceso de fertilizar los óvulos de un donante con los espermatozoides del hombre en el laboratorio con fertilización in vitro (FIV) y transferir los embriones que resultan al útero de la mujer. La mujer no estará relacionada biológicamente con el bebé, aunque sí será la madre biológica registrada. El hombre tendrá una relación biológica con el bebé.

Endometriosis. Una condición en la cual se desarrolla tejido como el endometrial (el tejido que recubre el útero) fuera de la cavidad uterina en ubicaciones anómalas como los ovarios, las trompas de Falopio y la cavidad abdominal. Este tejido puede crecer con la estimulación hormonal y causar dolor, inflamación y tejido cicatricial. También puede estar asociado con la infertilidad.

Estradiol. El principal estrógeno (hormona) que producen los folículos del ovario.

Fertilización in vitro (FIV). Un método de reproducción asistida en el cual se extraen óvulos quirúrgicamente de los ovarios de la mujer, se los combina con espermatozoides en el laboratorio y, si ocurre la fertilización y el desarrollo normal, se vuelve a colocar el embrión resultante en el útero de la mujer.

Fibromas. Tumores benignos (no cancerosos) de la pared muscular uterina que pueden causar sangrado uterino anómalo y dolor pélvico e interferir con el embarazo.

Folículo. Saco lleno de líquido ubicado justo debajo de la superficie del ovario que contiene un óvulo (ovocito) y células que producen hormonas. El saco aumenta de tamaño y volumen durante la primera mitad del ciclo menstrual y, en la ovulación, el folículo madura y se rompe, liberando el óvulo. La maduración del folículo puede detectarse mediante una ecografía.

Falopio. Un hidrosálpinx puede detectarse mediante una ecografía, una HSG o una laparoscopia. **Hidrosálpinx.** Es un término que se usa para describir una trompa de Falopio que está bloqueada e hinchada o dilatada y llena de líquido. Este líquido normalmente proviene de una infección previa de la trompa de del útero y del nivel de abertura (permeabilidad) de las trompas de Falopio transferidos al útero.

Histerosalpingografía (HSG). Una intervención de rayos X en la cual se inyecta un medio (colorante) en el útero para mostrar la superficie interna del útero y el grado de abertura (permeabilidad) de las trompas de Falopio.

Histeroscopia. Una intervención en la cual se introduce una sonda con luz (histeroscopia) en el útero, a través del cuello uterino, para permitir al médico observar el interior del útero para diagnosticar y tratar problemas dentro de la cavidad uterina.

Hormona antimulleriana (AMH). Una medición hormonal que refleja la capacidad de sus ovarios de producir óvulos.

Hormona foliculoestimulante (FSH). En las mujeres, la FSH es la hormona pituitaria responsable de estimular las células foliculares en el ovario para que crezcan, estimulando el desarrollo del óvulo y la producción de la hormona femenina estrógeno. En el hombre, la FSH es la hormona pituitaria que viaja por el torrente sanguíneo hasta los testículos y ayuda a estimularlos para producir espermatozoides. La FSH también puede administrarse como medicamento.

Hormona luteinizante (LH). La hormona que dispara la ovulación y estimula al cuerpo lúteo para secretar progesterona.

Inseminación intrauterina (IIU). El proceso mediante el cual se inyectan espermatozoides directamente en el interior de la cavidad uterina para evitar el cuello uterino y colocar a los espermatozoides más cerca del óvulo. Normalmente se lavan primero los espermatozoides para quitar ciertos químicos que pueden irritar el útero y para aumentar la movilidad y la concentración de espermatozoides.

Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Una técnica de micromanipulación que se utiliza junto con la FIV y que involucra la inyección de un espermatozoide directamente dentro de un óvulo para facilitar la fertilización. El óvulo fertilizado luego se transfiere al útero.

Laparoscopia. Una intervención de diagnóstico en la cual el cirujano introduce un laparoscopio a través de una pequeña incisión debajo del ombligo e inspecciona el útero, los ligamentos uterinos, las trompas de Falopio, los ovarios y los órganos abdominales. También pueden realizarse otras incisiones para permitir la introducción de otros instrumentos para facilitar el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades pélvicas.

Laparoscopia. Un instrumento de observación angosto con una luz y un instrumento telescópico.

Ovario. Una de las dos glándulas sexuales femeninas que se encuentran en la pelvis, a cada lado del útero. Los ovarios producen óvulos y hormonas, incluyendo estrógenos, progesterona y andrógenos.

Ovulación. Es la liberación de un óvulo maduro de su folículo en la parte exterior del ovario. La ovulación normalmente ocurre en el día 14 o 15 de un ciclo de 28 años o 14 días antes del primer día del periodo siguiente.

Peritoneo. El revestimiento de la cavidad abdominal.

Progesterona. Una hormona femenina secretada por el ovario durante la segunda mitad del ciclo menstrual, luego de la ovulación. La progesterona prepara al endometrio para la implantación de un óvulo fertilizado.

Recuento de folículos antrales (RFA). Se utiliza una ecografía transvaginal para determinar el número de folículos preestimulados en el ovario durante los primeros 3 o 4 días del ciclo menstrual.

Reserva ovárica. Se refiere al potencial de fertilidad de una mujer en ausencia de problemas en el tracto reproductivo (trompas de Falopio, útero, vagina). Depende principalmente del número y la calidad de los óvulos en los ovarios y de qué tan bien respondan los folículos ováricos a las señales hormonales del cerebro o a los medicamentos utilizados para estimularlos.

Tecnologías de reproducción asistida (TRA). Todos los tratamientos que involucran la manipulación en el laboratorio de óvulos, espermatozoides o embriones. Los ejemplos más comunes de TRA son la fertilización in

vitro (FIC), la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), el diagnóstico genético de preimplantación (DGP), la transferencia de embriones congelados (TEC).

Temperatura corporal basal (TCB). La temperatura corporal durante el sueño. Se toma en la boca cada mañana inmediatamente después de despertarse y se registra en un cuadro de TCB. Los valores se estudian para ayudar a identificar la ovulación, la cual normalmente ocurre aproximadamente en el mismo momento que el aumento en la TCB.

Trompas de Falopio. Un par de tubos huecos unidos uno a cada lado del útero y a través de los cuales viaja un óvulo desde el ovario hacia el útero. La fertilización con los espermatozoides del hombre normalmente ocurre en una de las trompas de Falopio. Las trompas de Falopio son el lugar más común de embarazo ectópico.

Útero (matriz). El órgano muscular hueco en la pelvis en el cual un embrión se implanta y crece durante un embarazo. El revestimiento del útero, llamado endometrio, produce el flujo de sangre menstrual que ocurre cada mes si no se produce el embarazo.

Vagina. Es el canal genital que, en la mujer, lleva desde la vulva (genitales externos) al cuello uterino y al útero.

Varicocele. Una vena varicosa o dilatada dentro del escroto que puede causar infertilidad en algunos hombres.

Notas

Notas



**AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
1209 MONTGOMERY HIGHWAY
BIRMINGHAM, ALABAMA 35216-2809
(205) 978-5000 • ASRM@ASRM.ORG • WWW.ASRM.ORG**