



Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Sexualidad Humana

Reporte de Investigación:

Esterilidad e Infertilidad

Docente:

Dr. Acuña de Saz Ricardo

Alumno:

Carlos Alfredo Solano Díaz.

Semestre y Grupo:

3° "A"

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 23 de Junio de 2020.

La esterilidad se define como la incapacidad de uno o de ambos miembros de la pareja para la concepción natural en un plazo razonable. Presenta una prevalencia de entre el 10y el 20%.

- Esterilidad primaria: incapacidad de conseguir una gestación espontánea desde el inicio de las relaciones sexuales sin que, al menos durante un año, se hayan utilizado métodos anticonceptivos.
- Esterilidad secundaria: incapacidad para conseguir una gestación espontánea tras la consecución previa de un embarazo.
- Infertilidad: incapacidad de lograr un recién nacido viable tras, al menos, haber logrado dos embarazos consecutivos.
- Subfertilidad: incapacidad de conseguir una gestación espontánea en un periodo de tiempo superior al de la media de la población.

Causas de esterilidad

Se considera que el 20% de las ellas son de causa mixta, el 40% de causa masculina y el 40% de causa femenina.

Las causas dentro del factor femenino son las siguientes:

- Alteraciones tubáricas: representan la causa más frecuente dentro del factor femenino (40%).
- Alteraciones ováricas: pueden estar debidas a alteraciones orgánicas (agenesia, endometriosis, tumores...) o funcionales (anovulación, insuficiencia de cuerpo lúteo).
- Alteraciones anatómicas: las que se presentan con mayor frecuencia son adherencias uterinas, lesiones endometriales orgánicas como pólipos y miomas submucosos.

- Alteraciones de la migración espermática: procesos inflamatorios vaginales, endometritis, malformaciones, alteraciones del moco cervical, etcétera.
- Alteraciones sistémicas: son procesos orgánicos que afectan a la neurohipófisis o a las glándulas suprarrenales, enfermedades sistémicas graves, alteraciones tiroideas, obesidad, adelgazamiento extremo, abuso de drogas y tóxicos.

Factor masculino

Se produce un aumento muy significativo de la esterilidad masculina en las últimas décadas. Las causas de la misma varían en las diferentes poblaciones estudiadas. Entre las más frecuentes, se encuentran las siguientes: varicocele, esterilidad masculina de causa idiopática, insuficiencia testicular, criptorquidia, azoospermia, orquiepididimitis, alteraciones hipotalámicas, etcétera.

Factor mixto o de origen desconocido

Supone entre el 10-20% de los casos, por causas idiopáticas, o por reacción inmunológica al semen que impide que penetre en el moco cervical.

Estudio de la pareja infértil

El objetivo del estudio de la pareja estéril es realizar aquellas pruebas diagnósticas que objetiven alteraciones cuya corrección se asocie con tasas superiores de gestación, evitando las pruebas innecesarias que demoren el diagnóstico y encarezcan el proceso.

- Anamnesis, exploración y analítica: historia clínica general, ginecológica y sexual de la pareja.

- Ecografía transvaginal: informa acerca del útero, los anejos y las posibles alteraciones morfológicas, así como de la patología endometrial, la endometriosis, los ovarios poliquísticos, etcétera.

Perfil hormonal: se incluirá la determinación de FSH, LH y estradiol en la fase folicular precoz, prolactina y TSH.

Existen tres parámetros diagnósticos que presentan una marcada correspondencia con la posibilidad de conseguir un embarazo:

- Confirmación de la ovulación: la técnica de elección es la determinación de progesterona plasmática en mitad de la fase lútea. También se podría valorar mediante la curva de temperatura corporal, fundamentadas en el pequeño incremento de temperatura por el efecto de la progesterona.
- Seminograma: se estudia el número, la movilidad, la morfología de los espermatozoides y las características físicas y bioquímicas del semen.
- Confirmación de la permeabilidad tubárica: la histerosalpingografía (HSG) es el método de elección.

La siguiente serie de pruebas no se realizará de manera rutinaria, sino en función de la sospecha diagnóstica:

- Laparoscopia
- Test poscoital
- Histeroscopia
- Biopsia de endometrio
- Determinación de anticuerpos antiespermáticos
- Cariotipo
- Detección de mutaciones de la fibrosis quística

Tratamiento

Como las causas de infertilidad son múltiples, se debe hacer un tratamiento individualizado para cada caso.

- Fármacos empleados en reproducción asistida
- Citrato de clomifeno
- Gonadotropinas
- Gonadotropina coriónica humana (hCG)
- Análogos de la GnRH

Existen dos tipos: los agonistas, que administrados de forma continua provocan una liberación inicial de gonadotropinas (efecto flare-up), que va seguido de un bloqueo reversible de la liberación hipofisaria de FSH y LH, y los antagonistas, que producen un bloqueo reversible del receptor de GnRH mediante una unión competitiva del mismo, sin activarlo.

El control del crecimiento folicular se hace mediante determinaciones seriadas de estradiol y ecografías.

- Técnicas de reproducción asistida
- Las técnicas de reproducción asistida son las siguientes:
Inseminación artificial conyugal:
 - Inseminación artificial con semen de donante
 - Fecundación in vitro (FIV)
- La microinyección espermática (ICSI)
- Síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO)
- El síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ENARM. Ginecología y obstetricia. 3 ed. Manual CTO.2017.