

TEMA:

TRATAMIENTO DE LA PAREJA ESTÉRIL.

24 / 11 / 2020

NOMBRE DEL ALUMNO: MUSSOLINI MACNEALY PAZ.

NOMBRE DEL DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL ZAS.

PASIÓN POR EDUCAR

MATERIA: SEXUALIDAD HUMANA.

NOMBRE DE LA ESCUELA: UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

SEMESTRE: 3RO PARCIAL: 3ER PARCIAL.

CARRERA: MEDICINA HUMANA.

TRATAMIENTO DE LA PAREJA ESTERIL.

La esterilidad es secundaria a ciertas enfermedades del aparato reproductor que alteran el potencial que tiene el organismo de realizar la función reproductiva básica. Entre 10 y 15% de la población en edad fértil es estéril y este problema es tan frecuente en los hombres como en las mujeres. El tratamiento de la esterilidad es un proceso complejo que depende de numerosos factores. Algunas de las principales consideraciones son la duración de la esterilidad, la edad de la pareja (en especial de la mujer) y la causa diagnosticada. También es importante tomar en cuenta el estrés que experimenta la pareja. La mayor parte se trata con métodos convencionales como medicamentos o intervención quirúrgica.

Cambios en el estilo de vida:

- ***Factores ambientales:*** Cada vez existe más información que sugiere que algunos casos de esterilidad tanto masculina como femenina son resultado de ciertas sustancias contaminantes o toxinas ambientales, el contacto con algunas sustancias químicas que repercuten sobre el sistema endocrino como dioxinas y bifenilos policlorados, pesticidas y herbicidas utilizados en la agricultura, ftalatos y bisfenol A, es nocivo para el aparato reproductor.
- ***Tabaquismo:*** Los efectos negativos que tiene el tabaquismo sobre la fecundidad femenina no se contrarrestan con las tecnologías de reproducción asistida (ART), en un estudio prospectivo a cinco años de 221 parejas, se encontró que el riesgo de una concepción fallida con ART es más del doble entre las fumadoras. Cada año que la mujer fuma el riesgo de un ciclo fallido con ART aumenta 9%. Los hombres fumadores a menudo tienen

una concentración y motilidad espermáticas reducidas, sin embargo, los parámetros permanecen dentro de los límites normales.

- **Alcohol:** Aunque se sabe que el alcoholismo crónico durante el embarazo provoca síndrome de alcoholismo fetal, sus consecuencias sobre la fertilidad no están bien estudiadas, las investigaciones retrospectivas han encontrado que el consumo moderado de alcohol en la mujer carece de efectos importantes sobre la fertilidad, pero el consumo abundante reduce la fertilidad. No obstante, en un estudio prospectivo de parejas danesas que intentaban embarazarse se encontró una fecundidad reducida incluso en mujeres que consumen cinco o menos bebidas alcohólicas a la semana.
- **Cafeína:** Hassan y Killick (2004) establecieron que las mujeres que consumen siete o más tazas de café o té al día tienen 1.5 más posibilidades de tener problemas de fertilidad. El consumo abundante de cafeína también se ha vinculado con un mayor riesgo de padecer abortos, también es recomendable que la mujer que intenta embarazarse modere su consumo de cafeína.
- **Peso:** 1.- Mujeres obesas; La función ovárica depende del peso, el menor contenido de grasa corporal se vincula con hipogonadismo hipotalámico. Por el contrario, el incremento en la grasa central se acompaña de resistencia a la insulina y contribuye a la disfunción ovárica en muchas mujeres con síndrome de ovario poliquístico (PCOS). Los cambios en el estilo de vida de las mujeres estériles y obesas con PCOS reducen la grasa central y mejoran la sensibilidad a la insulina, reducen la hiperandrogenemia, disminuyen la concentración de hormona luteinizante (LH) y restablecen la fertilidad en muchos casos. 2.- Mujeres con bajo peso; Aunque la obesidad es más frecuente, en ocasiones el problema es la desnutrición. El eje reproductivo se encuentra muy ligado al estado nutricional y existen vías inhibitoras que suprimen la ovulación en las

personas con disminución importante de peso. Alrededor de 5% de las mujeres de edad fértil padece de anorexia nerviosa o bulimia, que generan amenorrea e infertilidad.

- **Ejercicio:** Se ha demostrado que la actividad física tiene una serie de efectos beneficiosos sobre la salud. Sin embargo, la relación entre el ejercicio y la fertilidad no es directamente proporcional. Las mujeres deportistas de alto rendimiento, a menudo experimentan amenorrea, ciclos irregulares, disfunción lútea y esterilidad. La razón no siempre es la actividad física misma, sino el contenido reducido de grasa corporal o el estrés físico que genera la competencia.
- **Nutrición:** En ausencia de obesidad o desnutrición considerables, la participación de la alimentación en la fertilidad no es muy clara. Se han investigado las dietas con abundantes proteínas y la intolerancia al gluten como causas de fondo en ciertas mujeres. En el hombre, se ha propuesto que los antioxidantes de la alimentación constituyen un método potencial para mejorar la función reproductiva masculina al reducir la lesión oxidativa en el DNA del espermatozoide. Además, se dice que el complemento nutritivo, carnitina, ofrece beneficios potenciales a la esterilidad masculina.
- **Manejo del estrés:** El estrés se ha implicado en la dificultad para embarazarse. Se sabe que el estrés intenso puede generar anovulación y lo mismo suceder con un estrés menos intenso, pero el mecanismo no se ha definido. Se sabe que las pacientes sometidas a mayor estrés tienen índices menores de embarazo al someterse a fertilización.

Corrección de la disfunción ovárica:

- ❖ **Hiperprolactinemia:** Ante un caso de hiperprolactinemia, se debe buscar alguna causa fisiológica, farmacológica o alguna otra razón secundaria de hipersecreción hormonal. En ausencia de

hipotiroidismo o de alguna otra causa farmacológica de hiperprolactinemia, se deben realizar estudios imagenológicos para identificar la presencia de un microadenoma o macroadenoma en la hipófisis.

❖ **Hipotiroidismo:** Las enfermedades tiroideas son bastante frecuentes en los individuos de edad fértil y son entre cuatro y cinco veces más frecuentes en la mujer que en el varón. El hipotiroidismo clínico se acompaña de cambios en la duración del ciclo y la cantidad de flujo menstrual. Específicamente, con frecuencia genera oligomenorrea y amenorrea. Las mujeres con hipotiroidismo leve, muchas veces ovulan y conciben, pero el tratamiento con tiroxina restablece el patrón mensual normal y mejora la fertilidad.

❖ **Inducción de la ovulación:** La disfunción ovárica constituye la indicación más común para utilizar medicamentos con el fin de inducir la ovulación. Estos fármacos también se utilizan en mujeres sin ovulación para incrementar la probabilidad del embarazo en las parejas que no presentan otras causas de esterilidad o que tienen esterilidad inexplicable. Este método se denomina superovulación (SO), incremento de la ovulación o hiperestimulación ovárica controlada (COH). Dos de las causas más frecuentes de disfunción ovárica son el PCOS y la disminución de la reserva ovárica. Con menos frecuencia, ciertos problemas centrales (hipofisarios o hipotalámicos) o la disfunción tiroidea causan esterilidad. En casos raros, los tumores ováricos o determinadas anomalías suprarrenales alteran la función ovárica.

❖ **Citrato de clomifeno:** 1.-Efectos farmacológicos; Desde el punto de vista químico es similar al tamoxifeno y es un derivado no esteroideo del trifeniletileno, con propiedades tanto agonistas como antagonistas

de los estrógenos, el tamoxifeno también se ha utilizado de manera satisfactoria para inducir la ovulación. Sin embargo, la FDA no lo ha aprobado para esta indicación, ni se ha demostrado que ofrezca alguna ventaja importante en comparación con el citrato de clomifeno.

2.-Administración.; El citrato de clomifeno se administra por vía oral, a partir del tercer a quinto días después de iniciada la menstruación espontánea o inducida con algún progestágeno. Los índices de ovulación, concepción y embarazo son similares ya sea que el tratamiento se inicie los días 2, 3, 4 o 5. Antes del tratamiento se recomienda realizar una ecografía para excluir los signos de una maduración folicular espontánea significativa o de quistes foliculares residuales.

Corrección de la reserva ovárica reducida: La disfunción ovárica es consecuencia de insuficiencia ovárica o una reserva ovárica reducida, cualquiera de las cuales es secundaria al envejecimiento normal, alguna enfermedad o bien castración quirúrgica. Incluso cuando una mujer sigue menstruando de manera espontánea, la FSH basal (día 2 o 3) mayor de 15 UI/L pronostica que el tratamiento médico, incluidas las gonadotropinas exógenas, ofrecerá muy pocos beneficios. En estas mujeres se debe contemplar la necesidad de utilizar óvulos de donador. También se puede recurrir a la observación, aunque la probabilidad de embarazo es muy baja.

Corrección de las anomalías anatómicas: Las anomalías anatómicas del aparato reproductor femenino constituyen una causa importante de esterilidad y evitan la penetración del óvulo en las trompas de Falopio; dificultan el transporte de los óvulos, espermatozoides o embriones, o interfieren con la implantación. Las tres variedades principales de anomalías anatómicas son factores tubarios, peritoneales

y uterinos. Cada uno tiene sus propias consecuencias y por lo tanto requieren de tratamientos distintos.

- **Factores tubarios:** La obstrucción tubaria es secundaria a anomalías congénitas, infecciones o causas yatrógenas, además, unos cuantos casos de esterilidad tubaria son idiopáticos. El término obstrucción tubaria proximal describe a la obstrucción proximal a la fimbria que se forma en el orificio uterino, istmo o ampolla de la trompa de Falopio. La obstrucción mesotubaria se considera una variante de la obstrucción proximal. La obstrucción tubaria proximal puede ser secundaria a resección tubaria, obstrucción luminal o simplemente tapones con moco o restos. Por el contrario, el término obstrucción tubaria distal define a la obstrucción de la fimbria. Casi siempre es resultado de una infección pélvica previa y algunas veces se acompaña de adherencias en los anexos.
- **Canalización tubaria:** La obstrucción tubaria proximal casi siempre se puede resolver por métodos directos. Si se diagnostica en el momento de una histerosalpingografía (HSG), se puede realizar una salpingografía selectiva concomitante, e introduce un catéter de manera que penetre en el orificio uterino. De esta manera se puede aplicar una mayor presión hidrostática al catéter. Esta presión supera en la mayor parte de los casos el espacio tubario o los tapones formados por mocos o restos. Cuando no es posible restablecer la permeabilidad tubaria, se utiliza un catéter interno con guía de alambre. De esta manera es posible corregir una cicatriz segmentaria corta aislada en la mayor parte de los casos. La cicatrización de un segmento más largo o la obstrucción luminal no se puede corregir por medio de canalización tubaria. En estas mujeres se puede realizar una resección segmentaria quirúrgica con anastomosis o bien IVF.

- **Corrección de los factores uterinos:** Los factores uterinos que contribuyen a la esterilidad son tres: leiomiomas, pólipos endometriales y adherencias intrauterinas. Sin embargo, todavía no se conocen los mecanismos de la esterilidad con estos factores, pero el resultado final es una menor aceptación endometrial y una menor probabilidad de implantación del embrión.
- **Leiomiomas:** Los leiomiomas son tumores benignos frecuentes del útero que en algunas mujeres se acompañan de esterilidad. Los estudios retrospectivos sugieren que la intervención quirúrgica destinada a eliminar estos tumores ofrece ciertos beneficios y aumenta la eficacia de la concepción tanto natural como asistida. No existen estudios clínicos comparativos y con asignación al azar que demuestren claramente que la miomectomía mejora la fertilidad. Sin embargo, puesto que numerosos estudios retrospectivos de observación sugieren esta posibilidad, se recomienda ofrecer la miomectomía a las mujeres estériles, en especial cuando los tumores son grandes o penetran en la cavidad endometrial.
- **Pólipos endometriales:** Son protuberancias endometriales carnosas que suelen diagnosticarse durante la valoración de un caso de esterilidad. En diversos estudios se ha observado un buen índice de embarazo después de la polipectomía, aunque no se ha establecido el mecanismo por el cual los pólipos obstaculizan la fertilidad. Ya se ha comentado el requisito para eliminar incluso los pólipos pequeños en las mujeres estériles. No obstante, en un estudio prospectivo reciente de 204 mujeres con pólipos y factor cervicouterino, factor masculino adicional o esterilidad inexplicable, ofrece información sobre este tema.
- **Adherencias intrauterinas:** Las adherencias dentro de la cavidad endometrial, también llamadas sinequias, varían desde bandas pequeñas asintomáticas hasta obliteración completa o casi completa de la cavidad endometrial. Cuando provocan amenorrea o hipomenorrea se denominan

síndrome de Asherman. El tratamiento incluye la lisis quirúrgica de adherencias para restablecer el tamaño y la configuración normales de la cavidad uterina. También se han utilizado la dilatación y el legrado (D&C) y la vía transabdominal. No obstante, con las ventajas de la histeroscopia, estas técnicas se utilizan cada vez menos. La resección histeroscópica de adherencias va desde la sección simple de una pequeña banda hasta la destrucción amplia de las adherencias intrauterinas densas con tijeras, instrumental electroquirúrgico o láser. No obstante, las mujeres en quienes el fondo uterino se encuentra completamente obstruido y aquellas con una cavidad fibrosa y estrecha son las que representan el mayor reto terapéutico.

Corrección de las anomalías cervicouterinas: En respuesta a la producción folicular de estradiol, el cuello uterino puede producir abundante moco poco espeso. En caso de existir, este moco actúa como conducto y reservorio funcional para los espermatozoides. Por consiguiente, el moco cervicouterino anormal altera el transporte de los espermatozoides hasta la porción superior del aparato reproductor femenino. Algunas causas de moco anormal o deficiente son: infección, intervención quirúrgica cervicouterina previa, uso de antiestrógenos (p. ej., citrato de clomifeno) para inducir la ovulación y anticuerpos contra espermatozoides. Sin embargo, muchas mujeres con moco escaso u hostil carecen de factores predisponentes, en algunos casos, el examen del moco cervicouterino revela evidencia macroscópica de cervicitis crónica que merece tratamiento. Otras veces, cuando el volumen del moco es reducido, el tratamiento comprende complementos de estrógenos exógenos como etinilestradiol y al expectorante mucolítico, guaifenesina. Sin embargo, la utilidad de los estrógenos y la guaifenesina no se ha confirmado. De hecho, quizá los estrógenos exógenos tienen un efecto negativo sobre la maduración folicular y la función ovárica.

Corrección de la esterilidad masculina: Las causas de la esterilidad masculina son muy variadas y comprenden anomalías en el volumen del semen como aspermia o hipospermia o en el número de espermatozoides como azoospermia y oligospermia. Otras veces la motilidad se encuentra limitada, lo que se denomina astenospermia; o bien la estructura de los espermatozoides es anormal, teratozoospermia. Por lo tanto, el tratamiento se debe planear después de realizar una valoración minuciosa. En ausencia de una causa reparable para las anomalías del semen o los espermatozoides, lo más recomendable es ofrecer un IUI o ART como opciones terapéuticas. La elección de proceder desde el principio con IUI en lugar de los tratamientos de ART que son más intensivos y caros depende de varios factores. Algunos son la duración de la esterilidad, la edad de la mujer y antecedente de tratamientos previos.

Esterilidad inexplicable: Quizá la esterilidad inexplicable constituye uno de los diagnósticos más comunes en el caso de esterilidad y su prevalencia es hasta de 30%. Este diagnóstico es altamente subjetivo y depende de los estudios diagnósticos realizados u omitidos y de su grado de calidad. Paradójicamente, el diagnóstico de esterilidad inexplicable es más frecuente cuando la valoración es incompleta o de mala calidad. Sin embargo, el diagnóstico de esterilidad inexplicable, por definición no se puede tratar en forma directa. En estos casos la conducta puede ser expectante, en especial cuando la esterilidad es de corta duración y la madre es joven. Sin embargo, en caso de optar por algún tratamiento, se debe recurrir a IUI, superovulación y ART.

Diagnóstico genético antes de la implantación: En esta técnica de laboratorio se extraen células de un embrión para buscar enfermedades genéticas. Por lo general se realiza al extraer una o dos células en el estadio de seis a ocho células y permite identificar defectos de un solo gen, translocaciones desequilibradas y aneuploidia. El diagnóstico genético previo a la implantación se

considera una técnica experimental y seguramente la implementación de otros métodos modernos para el análisis genético ampliará su aplicación.

Complicaciones de las técnicas de reproducción asistida: En la mayor parte de los casos las técnicas de reproducción asistida tienen como resultado embarazos únicos sanos. No obstante, existen complicaciones del embarazo que son más frecuentes en los productos concebidos por medio de ART. De éstos, el riesgo más común es el de una gestación múltiple. También aumenta el riesgo de premadurez o restricción del crecimiento fetal independientemente de la edad materna y el número de fetos. Asimismo, es mayor el índice de defectos congénitos macroscópicos, anomalías epigenéticas y placenta previa. Por consiguiente, en vista de estos riesgos, es razonable contemplar la posibilidad de realizar una valoración prenatal más intensiva en los embarazos que son concebidos por medio de IVF. Por fortuna, la información disponible en la actualidad indica que no existen diferencias en cuanto al desarrollo psicomotor de los preescolares concebidos por IVF y los concebidos de manera natural. Asimismo, el desarrollo socio-emocional de los niños concebidos por IVF en este grupo es similar al de los niños concebidos en forma natural.

❖ **Bibliografía en formato Apa:**

1.- Schorge. J, schaffer. J, hardorson. L, hoffmon. B, bradshaw. K, Gary. F. (2009), Título: *Williams ginecología*, Ciudad: México. D. F, Editorial: Mcgraw – Hill.



PASIÓN POR EDUCAR