



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. agosto 2003; 7(2): 17-

ARTÍCULO ORIGINAL

Estudio preliminar de la infertilidad en Pinar del Río. Año 2000

A preliminary study of infertility in Pinar del Rio. 2000

Martha Valladares Hernández¹, Luis Raúl Martínez González², Roberto Márquez Rovira³.

¹Especialista I Grado Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Gineco Obstétrico «Justo Legón Padilla». Pinar del Río.

²Especialista II Grado Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Gineco Obstétrico «Justo Legón Padilla». Pinar del Río.

³Especialista I Grado Ginecología y Obstetricia. Hospital Docente Gineco Obstétrico «Justo Legón Padilla». Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio de 114 parejas que acudieron a la consulta provincial de infertilidad de Pinar del Río durante el año 2000. Se revisaron las Historias Clínicas y se tomaron variables de interés como edad, años de infertilidad, uso de anticonceptivos previos, tipo de infertilidad, antecedentes de interrupciones de embarazo y causas demostradas masculinas y femeninas de infertilidad. Se encontró que el 87,7 % de las pacientes tenía una edad entre 20 y 35 años y que predominan las pacientes con 7 o más años de infertilidad y menos de tres años, pero no se encontraron diferencias significativas ($P > 0.05$). Se presentó una alta incidencia de infertilidad secundaria cuando se usó anticonceptivo previo ($P > 0.01$) y el 47 % se había realizado dos interrupciones previas. Las principales causas de infertilidad masculinas y femeninas fueron respectivamente astenospermia, oligospermia, fallo ovárico y alteración tubárica. Se realizó diagnóstico de infertilidad puramente femenina en el 69,2 %, masculina 59,6 % y mixta en el 35,9 % de las parejas.

Descriptor DeCS: INFERTILIDAD, ANTICONCEPTIVOS, INTERRUPCIONES DE EMBARAZO, ASTENOSPERMIA, OLIGOSPERMIA, NECROSPERMIA, AZOOSPERMIA, VARICOCELE, TUBÁRICA.

ABSTRACT

A study was carried out with 114 couples who went to the Provincial Infertility Office in Pinar del Río during year 2000. Medical records were analysed and interest variables were taken into account such as: age, infertility years, use of previous contraceptives, infertility type, records of elective abortions and documented masculine and feminine infertility causes. It was shown that 87.7 % of the patients ranged from 20 and 35 years of age and the patients with 7 or more infertility years and less than 3 were predominant, but significant differences were not found ($p > 0.05$). a high incidence of secondary infertility was seen when the previous contraceptive was used ($p < 0.01$) and 47 % of patients had had previous elective abortions. The main cause of masculine and feminine infertility were associated with astenospermia, oligospermia, ovarian failure and tube disorder, respectively. A purely feminine infertility diagnosis was carried out in 69.2 %, purely masculine in 59.9 % and both in 35.9 % of the couples.

Subject headings: INFERTILITY, CONTRACEPTIVE, ELECTIVE ABORTION, ASTENOSPERMIA, OLIGOSPERMIA, NECROSPERMIA, AZOOSPERMIA, VARICOCELE, TUBE.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad afecta a hombres y mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y causa profundo sufrimiento personal y familiar, aunque las estimaciones de prevalencia no son muy exactas y varían de un país a otro. La importancia de la infertilidad como problema de salud puede ser analizada desde distintos puntos de vista. Las parejas infértiles con frecuencia requieren numerosos exámenes clínicos y de laboratorio, a veces sofisticados, durante un período de meses. La posibilidad de hallar una causa tratable es variable, pero raramente es alta.¹ Los procedimientos de investigación y diagnóstico de la pareja infértil varían considerablemente de una institución a otra, lo que depende de diversos factores, tales como criterios utilizados en la confección de la historia clínica, exámenes de laboratorio disponibles, experiencia de los profesionales que atienden a estos pacientes, posibilidades y disposición de los miembros de la pareja para realizarse los exámenes indicados. Es obvio que estos procedimientos no pueden ser iguales en los distintos niveles de atención.²

En los últimos quince años el estudio y tratamiento de los trastornos de la reproducción humana han avanzado notablemente en lo relativo a la infertilidad femenina. Desafortunadamente no ha sucedido lo mismo en el caso del hombre y a pesar de los esfuerzos realizados, poco se ha adelantado en cuanto al diagnóstico y terapéutica del varón infértil.³

La reproducción constituye uno de los fines de la pareja humana. Los estudios estadísticos demuestran que entre un 15 a 20 por ciento de las parejas tienen dificultades para lograr la concepción.⁴

Por ser la infertilidad un problema de la salud reproductiva hemos querido demostrar sus principales causas en nuestro medio.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo, de 114 parejas infértiles que acudieron a nuestra consulta provincial durante el año 2000.

A los efectos de nuestro trabajo se revisaron los modelos de historia clínica y se tomaron variables de interés como: edad, años de infertilidad, uso de anticonceptivos previos, tipo de embarazo, y causas demostradas masculinas y femeninas de infertilidad.

Los resultados se presentan en cuadros y los datos obtenidos se expresan en valores porcentuales, diferencia de proporciones y el estadígrafo.²

RESULTADOS

La tabla 1 representa las pacientes atendidas en consulta de infertilidad distribuidas en grupos de edades según los años de infertilidad, el mayor porcentaje se encuentra en las edades de 20 a 35 años con 87,7%. Según años de infertilidad, predominan las pacientes con menos de tres años y siete o más años, precisamente con índices muy superiores en el grupo de 20 a 35 años.

Tabla 1. Relación Edad / Años de Infertilidad.

Edad	Años de Infertilidad							
	Menos de 3 años		3 - 6 años		7 o más años		Total	
	No.	\$	No.	\$	No.	\$	No.	%
- 20 años	3	9.4	1	4.8	0	0	4	3.5
20 - 35 años	29	90.6	17	81	54	88.5	100	87.7
Más de 35	0	0	3	14.2	7	11.5	10	8.8
Total	32	100	21	100	61	100	114	100

Fuente: Historias Clínicas.

Z=0.96 /Z/<2 p>0.05

La tabla 2 muestra el tipo de infertilidad y su relación con la utilización de anticonceptivos, encontrándose una alta incidencia de infertilidad secundaria cuando se usó anticonceptivo previo, demostrándose una dependencia de estas variables.

Tabla 2. Relación Infertilidad / Uso anticonceptivo previo.

Infertilidad	Anticonceptivo Previo				Total	
	Sí	%	No	%	No	%
Primaria	21	18.4	27	23.7	48	42.1
Secundaria	45	39.5	21	18.4	66	57.9
Total	66	57.9	48	42.1	114	100

Fuente: Historias Clínicas.

X² = 6,8262 DF 1 P < 0.01

La tabla 3 relaciona la infertilidad secundaria con el antecedente de interrupciones de embarazo observándose que el 56,4% de las pacientes se había realizado dos interrupciones previas, y el 25,4% tres o más interrupciones de embarazo.

Tabla 3. Relación Infertilidad Secundaria / Interrupciones de embarazo.

Interrupciones de embarazo en infertilidad secundaria	No.	%
1 Interrupción	10	18.2
2 Interrupciones	31	56.4
3 o más	14	25.4
Total	55	100

Fuente: Historias Clínicas.

La tabla 4 relaciona las causas masculinas de infertilidad. Fue en primer lugar la astenospermia con un 58,8% seguida de la oligospermia con 32,4 % las alteraciones más frecuentes encontradas en el espermograma. En 68 (59,6 %)de los hombres se encontró causa de infertilidad, ya sea por el resultado de dos o más espermogramas consecutivos o por el hallazgo de varicocele.

Tabla 4. Causas de Infertilidad Masculina.

Causas masculinas (Espermograma)	No.	%
Astenospermia	40	58.8
Oligospermia	22	32.4
Necrospermia	4	5.9
Azoospermia	2	2.9
Total	68	100

Fuente: Historias Clínicas.

La tabla 5 relaciona las causas femeninas de infertilidad, observándose que incidió más el hiperestrogenismo(40,5%)seguido de la obstrucción tubárica(24%) y la salpingitis(12,7%)

Tabla 5. Causas de Infertilidad Femenina.

Causas Femeninas	No.	%
Ováricas:		
Hiperestrogenismo	32	40.5
Hipoestrogenismo	9	11.4
Tubáricas:		
Adherencias	7	8.9
Salpingitis	10	12.7
Obstrucción tubárica	19	24
Uterinas:		
Hipoplasia	2	2.5
Total	79	100

Fuente: Historias Clínicas

La tabla 6 muestra el comportamiento de la infertilidad por sexos observándose que en el 69,2% de las mujeres y 59,6% de los hombres pudo diagnosticarse la causa, además en el 35,9% ambos miembros de la pareja estaban afectados y en el 14,9% no se encontró motivo aparente de infertilidad.

Tabla 6. Infertilidad por sexos.

Infertilidad	No.	%
Infertilidad Femenina	79	69.2
Infertilidad Masculina	68	59.6
Infertilidad Femenina y Masculina	41	35.9
No precisada	17	14.9

Fuente: Historias Clínicas.

DISCUSIÓN

Como es de esperar el mayor porcentaje de mujeres infértiles tienen edades comprendidas entre 20 y 35 años pues es en esta etapa de la vida que generalmente se piensa en la maternidad. En cuanto a los años de infertilidad fue más frecuente la consulta de las parejas con menos de 3 años y 7 años o más de relaciones estables sin lograr concepción precisamente en las edades femeninas entre 20 y 35 años, no encontrándose diferencias significativas en ninguno de los grupos por lo que su distribución fue similar ($P < 0.05$).

Padrón y colaboradores han demostrado que el pronóstico de la fertilidad está en relación inversa con el tiempo de infertilidad. La fertilidad es menor en las parejas que llevan 3, 4 o más años de infertilidad.²

Las referencias consultadas coinciden con nuestro estudio pues la edad promedio encontrada fue de 30 años y si difieren de nosotros en que el 61% de sus parejas tenían menos de 36 meses de infertilidad.^{5,6}

Mostramos la importancia que tuvo en la infertilidad femenina el antecedente de uso de anticonceptivos, ya que en nuestro estudio existe una evidente relación entre el uso de métodos controladores de la fecundidad y el desarrollo de infertilidad secundaria.

El uso de contraceptivos hormonales puede demorar el retorno de la fertilidad habitualmente por un período corto de tiempo y la infertilidad primaria es menos común en mujeres que han usado estos contraceptivos.²

Otros autores coinciden con nuestros resultados ya que el uso de métodos anticonceptivos, especialmente los dispositivos intrauterinos en mujeres nulíparas y promiscuas sexualmente incrementan el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual e indirectamente de presentar infertilidad.^{1,2}

Existe una íntima relación entre el antecedente de interrupciones de embarazo y la infertilidad secundaria a procesos inflamatorios o infecciosos postinterrupción que causan obstrucción tubárica proximal o distal lo que coincide con las referencias revisadas.^{7,8}

Según el análisis del semen las principales alteraciones encontradas fueron la astenospermia y oligospermia las más frecuentes y se asoció al diagnóstico de varicocele. Nuestro único instrumento en el estudio del varón infértil continúa siendo el análisis completo del semen en lo que coincidimos con los autores consultados.^{9,10,11}

Según Padrón los indicadores del espermograma pueden sufrir variaciones marcadas pero transitorias después de estrés, fiebre alta, procesos inflamatorios.⁵

Se ha sugerido que la movilidad es la cualidad espermática que se correlaciona mejor con la fertilidad, pues es esencial para el paso a través del cuello uterino.⁶

Los trastornos ováricos relacionados con la anovulación y las alteraciones tubáricas secundarias a sepsis, procesos inflamatorios, adherencias y obstrucción fueron nuestros hallazgos más frecuentes en la mujer infértil, diagnosticados por histerosalpingografía o laparoscopia contrastada. Según la bibliografía revisada no existen datos publicados sobre la distribución de las causas de infertilidad en estudios realizados en la población. Las publicaciones señalan la frecuencia hospitalaria o de clínicas dedicadas a esta afección y a partir de estos estudios las causas específicas femeninas son fallo ovárico, daño tubárico y causa no explicada.^{7,8}

No existe diferencia significativa entre la frecuencia de causas femeninas y masculinas y es muy común que se asocien en ambos miembros de la pareja así como la esterilidad sin motivo aparente que puede ser debida a rechazo inmunológico.⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Pérez S, Padrón Duran R. Epidemiología de la infertilidad. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1998.
2. Padrón Duran R. Investigación y diagnóstico de la pareja infértil. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1998.
3. Reyes A, Echevarría ME, Rodríguez MA. El Factor masculino: Función testicular y gametogénesis. Ginecol Obstet 1997; 65 (10): 401-12.
4. Dávila A. Esterilidad Conyugal. Metro Cienc 1992; 2 (3): 4-8.
5. Padrón Duran R, Torres M. Características clínicas de las parejas infértiles que han logrado embarazo. Rev Cubana Endocrinol 1994; 5 (1): 17-23.
6. Hernández de Avila A, Padrón Duran R, Díaz J. Seguimiento de parejas infértiles durante 2 años. Rev Cubana Endocrinol 1997, 8 (2): 126-33.
7. Navas César A, Noguera O. Obstrucción tubárica proximal. Salpingografía selectiva y salpingoplastia transcervical. Rev Soc Obstet Ginecol Buenos Aires 1996; 75 (921) 195-205.
8. Aoki T S, De Toledo M L, Bueno J M, Borges I. Tratamiento laparoscópico de factor tuboperitoneal de esterilidad. Reprod Clim 1997; 12 (2): 71-3.
9. Chavarría ME, Reyes A, Acosta AA, Rosado A. El factor masculino: Importancia, diagnóstico y perspectivas. Ginecol Obstet Mex 1997; 65 (10): 422-9.
10. Hernández M, Cuvera Aguilar R, Ayala Arguiles R. Estudio del hombre estéril. Ginecol Obstet Mex 1997, 65 (9): 368-72.
11. Chavarría MA, Reyes A, Rosado A. El factor masculino II. El espermatozoide, estructura y funcionamiento. Ginecol Obstet Mex 1997; 65(10): 21-43.

Recibido: 3 de Diciembre del 2001.

Aprobado: 18 de Diciembre del 2002.

Dra. Martha Valladares Hernández. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Km 89 Carretera Central. Pinar del Río. Cuba.