

GESTACIONES EN PAREJAS INFERTILES

Luz Jefferson

La reproducción humana, es un fenómeno trascendente en la perpetuación de la vida y trascendente también en cuanto a sus implicancias sociales y humanas. De acuerdo a estimados, se considera que en una población existe 10 a 15o/o del total de parejas que no pueden cumplir este rol. No sabemos si en países en desarrollo, o mejor dicho subdesarrollados, países en donde las condiciones sociales y económicas tienen íntima relación con los niveles de nutrición, educación, vivienda, saneamiento ambiental, salud (especialmente en cuanto a presencia de enfermedades infecciosas), el porcentaje de parejas infértiles es mayor. No existen estudios epidemiológicos que nos informen al respecto.

Se habla de, y de hecho existe, un tremendo crecimiento poblacional. El promedio de hijos que tiene una mujer peruana se calcula en alrededor de seis, cifra muy alta que nos preocupa por la gran cantidad de madres multiparas de alto riesgo. Pero, los promedios no nos indican el otro extremo del problema, que puede ser relativamente de pequeña magnitud, pero no deja de ser profundamente humano. Las parejas que no pueden tener hijos sufren problemas emocionales muy grandes, con sentimientos de culpa, de inferioridad, sentimientos que se ven agravados por la presión de familiares y amigos que agregan una sobrecarga emocional a la ansiedad existente. Son las parejas infértiles las que se someten de buen grado a una serie de exámenes y tratamientos; son ellas quienes, llevadas por el anhelo y la ansiedad de tener un niño, con frecuencia cambian de especialista en la búsqueda de una solución más rápida y efectiva.

Al ocuparnos de la pareja infértil, debemos tener en cuenta que la meta que ellas tienen es un niño vivo y sano. Como dice Botella Llusà, se puede hablar de éxitos parciales cuando conseguimos que una mujer conciba o que una mujer infértil pueda continuar por más tiempo su actual gestación. Pero, si ésta fracasa, ello en sí carece de valor, no es un índice pronóstico para que en una gestación próxima se logre el éxito total que representa el hijo vivo y sano.

La revisión de la literatura existente nos muestra gran cantidad de trabajos realizados en relación a cada uno de los factores que condicionan la infertilidad. Pero, hemos encontrado muy pocas referencias en cuanto a tasa global de gestaciones en un Servicio de Infertilidad Matrimonial.

Pensamos que es muy importante el estudio de los éxitos en cuanto a gestaciones totales de un servicio de Infertilidad, pues el conocimiento de la incidencia de factores que puede aportar mejores luces en la comprensión de las alteraciones que deben ser diferentes en medio ambientes distintos.

Creemos que la realidad social y económica del país y, en general, la situación de desarrollo del mismo, deja una profunda huella en la salud de sus habitantes, y que ésta puede encontrarse aún en una rama, —si se quiere—, pequeña y sofisticada de la Medicina como es la especialidad de la Infertilidad Matrimonial. Así tenemos que, la presencia de enfermedades infecciosas genitales y extragenitales pueden a la larga conducir a la infertilidad parcial o absoluta, enfermedades que en otros países de mayor desarrollo han sido erradicadas o no aparecen con la frecuencia que lo hacen en un país como el nuestro.

Queremos presentar algunas experiencias obtenidas al asesorar la tesis del señor Jorge Tamayo que estudia las gestaciones conseguidas en el Servicio de Infertilidad Matrimonial del Hospital Arzobispo Loayza de Lima.

En este Servicio se tratan parejas de sectores sociales y económicos muy deprimidos que acuden en busca de ayuda para solucionar su problema de infertilidad.

El estudio se realizó en 1350 parejas, con una tasa de gestaciones del 26o/o (357 gestaciones). Esta tasa es similar a la referida por Stone y Ward, de Nueva York, y por Botella en España. La tasa más alta de gestaciones la reporta Raymond, en Canadá con 52o/o y en 1980 Thomas y Forrest en Australia informa una tasa del 50.8o/o. La tasa más baja la registra Quinteros de Venezuela con 18.3o/o. Si analizamos los factores envueltos en la infertilidad previa de las parejas, nos encontramos que en los países en desarrollo la mayor patología se presenta en factores de índole infecciosa son, en primer lugar, invariablemente el factor tubario. Mientras tanto, en los últimos años, en países de mayor desarrollo, la etiología está dada en mayor grado por problemas de origen ovárico, endometriosis, inmunológicos, factor masculino, etc. Es interesante anotar que, la presencia del factor tubario se encontró en primer lugar en países desarrollados hasta la década del 60; luego, su incidencia empieza a descender; actualmente se encuentra en el cuarto o quinto lugar en orden de frecuencia.

PACIENTES QUE ESTABAN GESTANDO EN
LA PRIMERA VISITA

Tabla I

Tipos de Infertilidad	No. Casos	Años de Infertilidad	Promedio
Infertilidad Primaria	9	2-8 años	3.7 años
Infertilidad Secundaria	20	2-8 años	3 años
TOTAL	29		
29 (80/o) gestaban en la primera visita			

Es interesante remarcar que, de las parejas que presentaron gestaciones en nuestro servicio, el 80/o la estaba iniciando en el momento de la entrevista inicial (20/o del total de 1350 parejas). Jones refiere porcentajes similares, mientras que Raymond lo encuentra en el 0.80/o de los casos. Aure refiere el mayor porcentaje, con un 24.40/o de sus pacientes. En nuestros casos, el tiempo de infertilidad fue tan largo que varió de 2 a 8 años, tiempo que se presentó tanto en las infértiles primarias como en las infértiles secundarias. En estas últimas, el tiempo promedio de infertilidad fue mayor. Pensamos que estos hallazgos nos obligan a tener siempre presente, por remota que parezca, la posibilidad de una gestación en una pareja que acude a nuestra consulta. No hemos encontrado mencionado el tiempo de infertilidad en cuanto a número de años en ninguna de las referencias mencionadas.

DISTRIBUCION DE 357 PAREJAS DE ACUERDO AL NUMERO
DE FACTORES

Tabla II

No. de Factores	No. Parejas	o/o	Infertilidad			o/o
			Primaria	o/o	Secundaria	
Un factor	175	67	77	44	98	56
Dos factores	68	26	24	34	44	66
Tres factores	15	6	7	47	8	53
Cuatro factores	2	1	1	50	1	50
TOTAL:	260		109		151	

Analizando el número de factores, encontramos que el 670/o tenía un factor, 260/o dos factores y 60/o tres factores. En la experiencia de Katayama, el 720/o presentaron un solo factor; el resto, múltiples. Raymond encuentra en el 690/o de sus casos un solo factor.

PACIENTES DE ACUERDO AL FACTOR
DE INFERTILIDAD PREVIA

TABLA III

Factor de Infertilidad	No. Casos	o/o
Factor tubario	109	30.5
Factor cervical	64	18
Factor ovárico	44	12
Factor vaginal	41	11.5
Otros factores	38	10.6
Factor masculino	32	9
Factor uterino	28	7.8
Factor peritoneal	9	2.5
Factor no determinado	97	27
TOTAL:	(365 f.)	357 parejas

El factor más frecuente en nuestra experiencia ha sido el tubario con 30.50/o. Hemos encontrado este factor referido por muchos autores. Pero, en la revisión de informes recientes de países desarrollados, lo encontramos cada vez con menor frecuencia y, generalmente, en relación con problemas de endometriosis o cirugía anterior. Por contraste, en nuestro estudio se presentaron como causa más frecuente los procesos infecciosos, de los cuales la tuberculosis afectó al 140/o de nuestros casos.

En este grupo se encuentra un porcentaje apreciable de embarazos ectópicos. Le sigue al factor tubario, el factor cervical, con el 180/o de los casos, teniendo la mayor frecuencia las infecciones cervicales. Luego, encontramos el factor ovárico con el 120/o de los pacientes; se presentó como único factor en el 520/o de los casos; y, en el 480/o, estuvo asociado a otros factores. De nuestros pacientes con factor ovárico, el 210/o gestaron espontáneamente.

El factor uterino se encontró en el 7.80/o del total de los casos, estando la mayor frecuencia en las estériles secundarias; el síndrome de Asherman ocupó el 360/o de los pacientes con factor uterino, siendo el

100o/o de los pacientes con este síndrome infértiles secundarias; tenían como antecedente legrados uterinos e infecciones de la cavidad uterina. En este grupo encontramos el menor porcentaje de partos eutócicos; el 25o/o de las gestaciones terminaron en abortos y prematuros y el 17o/o en ectópicos. Predominaron también causas infecciosas en el factor masculino.

En el 27o/o de las gestaciones no se pudo encontrar un factor al que pudiera atribuirse la infertilidad matrimonial. Este grupo se consideró como factor no determinado. Creemos, como lo menciona Stone y Ward, que la concepción pudo ser debida a cambios emocionales en la pareja; estas parejas aceptan mejor su situación al darse cuenta que su problema no es único. La tranquilidad que sigue a la transferencia de su caso a personas presumiblemente hábiles en el manejo de estas situaciones, así como la liberación del miedo y la tensión podrían ser de importancia en el resultado obtenido. Estos autores refieren el 24.4o/o de gestaciones en factores no determinados; Raymond, lo refiere en el 38o/o; Gonzales Briceño lo encontró sólo en el 4.6o/o.

GESTACIONES OBTENIDAS EN MENOS DE 6 MESES DE TRATAMIENTO
TABLA IV

Tipo de Infertilidad	Tiempo de Tratamiento	
	Menor de 6 meses	Mayor de 6 meses
Infertilidad primaria	85 (58o/o)	62 (42o/o)
Infertilidad secundaria	110 (61o/o)	71 (39o/o)
TOTAL:	195 parejas	

El 54.6o/o del total de las gestaciones objeto de este estudio fue logrado en menos de seis meses de tratamiento. Similares porcentajes refieren Stone y Ward en New York; en la serie de Raymond, el 30.5o/o del total de gestaciones fue obtenido en los primeros 6 meses de estudio. Este autor comenta que las pacientes probablemente hubieran concebido aunque los esfuerzos fueran irrelevantes; y va más allá al sugerir que las pacientes no concibieron como resultado de la investigación ni del tratamiento inicial. Nosotros por el contrario, de las 195 gestaciones que obtuvimos en los primeros 6 meses de tratamiento encontramos en el 73o/o de los casos un factor causal, en los que están incluidos factores tubarios, ováricos, masculinos, cervicales, uterinos, que probablemente hubieran continuado siendo problema de infertilidad de no haber sido tratados. En este grupo encontramos 7 casos de gestaciones y tuberculosis genital (que no observaron los métodos preventivos para prevenir la gestación) de los cuales dos llegaron a término, 4 fueron ectópicos y uno fue aborto.

GESTACIONES POR TIPO DE TÉRMINO
TABLA V

Tipo de Término	No. Casos	Porcentaje
Parto eutócico:	167	61
Productos vivos	166	
Natimuertos	1	
Cesárea:	30	11
Productos vivos	29	
Natimuertos	2	
Prematuros:	5	2
Productos vivos	4	
Natimuertos	1	
Embarazo ectópico:	25	9
Derecho	17	
Izquierdo	8	
Embarazo molar:	2	1
Aborto:	43	16
Aborto espontáneo	37	
Aborto frustró	6	
TOTAL:	272	100

Del total de gestaciones conocimos el resultado final en 272 casos. Nuestra tasa de nacidos vivos es del 73o/o. No encontramos diferencias significativas en los nacimientos viables en esterilidad primaria y en esterilidad secundaria. Stone y Ward, reportó un éxito de 80.9o/o de nacidos vivos, Southam 71o/o; Gonzales en México reporta 68.9o/o; Quinteros en Venezuela, 47.9o/o. Encontramos un alto porcentaje de embarazo ectópico, —9o/o—, tomando en cuenta el total de gestaciones; pero, si tomamos en cuenta el total de pérdidas fetales, este porcentaje se eleva a 34o/o; pues, de las 74 pérdidas fetales, 25 son ectópicos. Esta cifra de ectópicos es la más alta en relación a otros autores, incidencia que estaría en relación a la alta incidencia de enfermedades infecciosas pélvicas que comprometen al factor tubario y al factor peritoneal, de las cuales la tuberculosis juega un rol importante; también encontramos un porcentaje apreciable de ectópicos en mujeres que presentan factor uterino, especialmente en relación con el síndrome de Asherman, que tuvo a su vez como antecedente legrados uterinos e infecciones de la cavidad.

La tasa de pérdidas fetales fue del 27o/o, incluyendo abortos, embarazos ectópicos, natimuertos, lo que es mayor que la tasa esperada de muerte fetal en una población general.

Podemos concluir expresando lo que mencionamos al inicio del presente trabajo; en los países sub-desarrollados (el nuestro es uno de ellos), la mayor patología se encuentra en procesos de orden infeccioso que tienen como causales los bajos niveles de nutrición, educación, vivienda, saneamiento ambiental y falta de medidas preventivas, los que inciden profundamente en la salud de los habitantes; no sería eventual pensar que la prevalencia de la infertilidad matrimonial afecte a mayor número de parejas que las que podría encontrarse de acuerdo a las cifras que se dá como esperada.

BIBLIOGRAFIA

- BOTELLA LLUSIA J. Y COL. Esterilidad e Infertilidad, Editorial Científico-Médico, 1971, Barcelona
- THOMAS ADRIAN R. Infertility: a review of 291 infertility couples over eight years. *Fertil and Steril.* 34(2); 196-111, August, 1980.
- TAMAYO ZUMAETA J. Gestaciones en parejas infértiles del Servicio de Infertilidad Matrimonial del Hospital Arzobispo Loayza de Lima. Tesis de Bachiller 1981.
- STONE ABRAHAM AND WARD MILDRED E. Factors responsible for pregnancy in 500 infertility cases. *Fertil and Steril* 7(1): 13, 1956.
- QUINTEROS MONTESINOS, RUBEN. Evaluación de 420 casos de consulta de esterilidad. *Revista de Ginecología y obstetricia de Venezuela* 32(3): 495-505, 1972
- RAYMOND, A. Review of 500 cases of infertility. *International Journal of fertility*, 14(2): 141-153, 1969.
- GONZALES BRICEÑO, M. Estudio analítico en 1000 parejas estériles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 47(281):169-179, 1980.
- KATAYAMA, PAUL. Computer analysis of etiology and pregnancy rate in cases of primary infertility. *American Journal Obstetrics and Gynecology* 135(2):207-214, Sep. 1979.