

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD DE ORIGEN ENDOCRINOLÓGICO

Antonio Picó Alfonso. Sección de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. CIBERER.
Irene Eleno Buendicho. Unidad de Reproducción. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.
Ana Segura Paños. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante.

Introducción

La infertilidad es un problema de salud pública con implicaciones psicológicas, socioeconómicas y médicas. Se define como la incapacidad para lograr una gestación tras 12 meses de relaciones sin protección. Afecta al 15-20 % de las parejas, y aumenta con la edad. La etiología endocrina supone un 40 % de los casos.

Diagnóstico



Enfoque terapéutico

CONSIDERACIONES GENERALES

- En presencia de enfermedad endocrina extragonadal (disfunción tiroidea, hiperprolactinemia, etc.), corregir primero esta alteración
- Nutrición equilibrada, evitar sobrepeso y malnutrición, reducir estrés y ejercicio físico extenuante

TRATAMIENTO INFERTILIDAD MASCULINA

FASE 1

hCG 1500-2500 UI,
3 veces por semana,
3-6 meses

FASE 2

FSHr o HMG 75-150 UI,
3 veces por semana
12-24 meses

TRATAMIENTO COMBINADO

hCG 2000 UI,
3 veces por semana+
FSHr 150 UI,
2 veces por semana

TRATAMIENTO INFERTILIDAD FEMENINA

FASE 1 (días 2-12 del ciclo)

75-150 UI de FSHr/LHr o
150-250 UI de HMG durante
7-14 días

FASE 2 (días 10-13 del ciclo)

5000-10 000 U de hCG,
dosis única

FASE 3 (apoyo a la fase lútea)

200 mg de progesterona por
vía vaginal durante
10 semanas si se consigue
gestación

No olvides...

1. La infertilidad de origen endocrino supone un 40 % de todas las causas de infertilidad.
2. Su evaluación incluye la evaluación del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, la realización de determinadas técnicas de imagen, la realización de pruebas genéticas en casos determinados y la exclusión de enfermedades sistémicas.
3. El tratamiento consiste en promover un estilo de vida saludable junto con la administración de tratamientos hormonales que deben realizarse preferentemente en unidades multidisciplinares de infertilidad.