

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

43  
26)

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

PRONOSTICO DE LA PAREJA CON ESTERILIDAD

TRABAJO DE TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA

Y OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

ANDRES ADOLFO CORTES DE LOS RIOS

Tutor: M. en C. Carlos Morán Villota

*Carlos E. Morán Villota*

Sección de Ginecología Endocrina

Unidad de Investigación en Medicina Reproductiva

Hospital de Gineco-Obstetricia " Luis Castelazo Ayala "

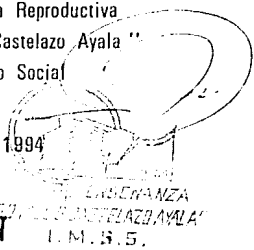
Instituto Mexicano del Seguro Social



IMSS

México, D. F., febrero de 1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



*[Firma manuscrita]*



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PRONOSTICO DE LA PAREJA CON ESTERILIDAD

Trabajo de Tesis Para Obtener el Grado de Especialista en  
Ginecología y Obstetricia

Presentado por:

ANDRES ADOLFO CORTES DE LOS RIOS

Tutor: M. en C. Carlos Morán Villota

Sección de Ginecología Endocrina  
Unidad de Investigación en Medicina Reproductiva  
Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala"  
Instituto Mexicano del Seguro Social

México, D.F., febrero de 1994.

HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA  
"LUIS CASTELAZO AYALA"



DIRECTOR

*R. Bailón Uriza*

-----  
Dr. René Bailón Uriza  
Director del Hospital de Gineco-Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

*[Signature]*

-----  
Dr. Francisco Javier Gómez García  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Hospital de Gineco-Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"

*Carlos E. Morán Villota*

-----  
Dr. Carlos Morán Villota  
Jefe de la Sección de Ginecología Endocrina y  
Unidad de Investigación en Medicina Reproductiva  
Hospital de Gineco-Obstetricia  
"Luis Castelazo Ayala"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



SECRETARÍA DE SALUD  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
"LUIS CASTELAZO AYALA"  
I.M.S.S.

## **AGRADECIMIENTOS**

Se reconoce la participación de las siguientes personas para el desarrollo de esta tesis;

Dr. Edgardo Martín García Hernández

Dr. Sebastián Carranza Lira

Dr. Jorge Varón Munar

**DEDICATORIA**

**A MI MADRE:**

**POR SU AYUDA INCONDICIONAL Y CONFIANZA EN MI.**

**POR SU ESPERA CALLADA.**

**GRACIAS MADRE, PORQUE TE DEBO TODO LO QUE SOY.**

## INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
HIPOTESIS	5
OBJETIVOS	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	10
DISCUSION	12
BIBLIOGRAFIA	15
TABLAS Y FIGURAS	17
ANEXO	25

## RESUMEN

**OBJETIVO.** Determinar la influencia pronóstica de la edad de la mujer, el número de factores condicionantes de esterilidad, el tiempo de evolución de la esterilidad y el antecedente de gestación previa para lograr un embarazo. **DISEÑO.** Estudio de cohorte, longitudinal, descriptivo, observacional y prolectivo. **RESULTADOS.** La tasa acumulada de embarazo para 123 parejas fue de 42% a los 30 meses. Las mujeres menores de 32 años tuvieron una tasa acumulada de embarazo de 65% y las de 32 años o más de 30%. Las parejas con esterilidad secundaria tuvieron una proporción acumulada de embarazo de 100%, y en aquellas con esterilidad primaria de 44%, con una tendencia estadística a la diferencia. La esterilidad menor de 36 meses tuvo una proporción acumulada de embarazo de 74% y la de 36 meses o más del 43% ( $p < 0.05$ ). Se encontró una proporción acumulada de 75% para un solo factor condicionante de esterilidad y de 47% para la multifactorial ( $p < 0.05$ ). El factor endocrino ovárico fue la causa más frecuente de esterilidad, con una tasa acumulada de embarazo de 79% a los 24 y 30 meses. El embarazo espontáneo tuvo una proporción acumulada de 6%, fueron dadas de alta el 11% y se perdieron del seguimiento el 48% de las parejas a los 30 meses. **CONCLUSIONES.** En este trabajo se establece el valor pronóstico de acuerdo a diferentes criterios clínicos y epidemiológicos observados en la evaluación de las parejas con esterilidad, los cuales permiten el cálculo de una probabilidad real de embarazo.



## INTRODUCCION

Un número relativamente grande de parejas en edad reproductiva presenta trastornos de la fertilidad y se ha estimado que una de cada diez parejas no puede concebir después de un año de relaciones sexuales sin método anticonceptivo (1). En las últimas décadas se ha incrementado el número de consultas en las clínicas de esterilidad, lo cual se ha atribuido a un aumento en el número de parejas estériles que solicitan atención médica, a la mayor proporción de personal médico calificado, a las nuevas formas de tratamiento y al mayor conocimiento de la sociedad sobre los nuevos recursos para el tratamiento de la esterilidad (1-2). En años recientes la mujer ha retrasado el primer embarazo, debido a un intento de superación académica y profesional, por lo que busca la posibilidad de embarazarse a una edad mayor, cuando tiene una menor capacidad de fecundidad (3). Otro factor que ha contribuido al aumento de las parejas estériles, es el cambio en la actitud sexual de los últimos años que ha hecho que la proporción de mujeres con relaciones sexuales premaritales haya aumentado, así como el número de sus compañeros sexuales, con una mayor incidencia de enfermedades de transmisión sexual e infecciones pélvicas que provocan trastornos en la fertilidad (1).

En informes previos se ha tratado de determinar la participación de algunas variables en el pronóstico de la pareja estéril, tomando en cuenta la edad de la mujer, la duración de la esterilidad y el antecedente de embarazo previo en la pareja, encontrándose relación entre la probabilidad de embarazo y

algunos factores estudiados (3-4). El mayor tiempo de esterilidad redujo la posibilidad de embarazo, por lo que a menor tiempo de esterilidad, mejor el pronóstico (5-6). Entre las parejas con más de tres años de esterilidad, la mayor edad de la mujer redujo la posibilidad de embarazo (3,7), mientras que el antecedente de embarazo previo de la pareja mejoró el pronóstico para un embarazo posterior (3-4). Con respecto al factor masculino se encontró que la edad, el porcentaje de espermatozoides normales y móviles, así como el grado de movilidad de los mismos, tuvieron valor pronóstico para embarazo (8-9).

La ocurrencia de un embarazo espontáneo, independientemente del tratamiento para la esterilidad, es un evento frecuentemente observado, con una frecuencia del 21 al 66%, presentándose en condiciones como esterilidad idiopática, programas de fertilización asistida, después de pruebas diagnósticas de permeabilidad tubaria como la histerosalpingografía y la laparoscopia, respuesta "placebo" al ingreso a centros de referencia de tercer nivel y posterior a tratamientos de apoyo psicológico (4,10).

Frecuentemente, el médico está imposibilitado para poder dar un pronóstico a estas parejas, influyendo el seguimiento incompleto y la falta de consenso en el método estadístico más adecuado (11-13). Es importante saber que los resultados dependen en gran medida del tipo de factores alterados en la población estudiada, así como de los recursos disponibles, por lo que es importante el estudio en cada unidad, donde se evalúen problemas de esterilidad.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los médicos que tratan problemas de esterilidad necesitan criterios que les permitan dar un pronóstico objetivo sobre las posibilidades de embarazo, el cual está relacionado con la evaluación de índices clínicos y epidemiológicos, así como de los recursos disponibles en un centro para la atención de estos problemas. Surgen preguntas sobre la influencia pronóstica de la edad de la mujer, el número de factores condicionantes de esterilidad y la duración de la misma.

## **HIPOTESIS**

1. A menor edad de la mujer en edad reproductiva, mayor posibilidad de embarazo.
2. Las parejas que ya han tenido un embarazo previo tienen mejor pronóstico para la fertilidad que las que no tienen este antecedente.
3. A menor tiempo de evolución de la esterilidad, mejor pronóstico para la fertilidad.
4. Las parejas que presentan un solo problema condicionante de esterilidad tienen mejor pronóstico para el embarazo que las que presentan varios factores alterados.

## OBJETIVOS

1. Determinar la edad de las mujeres con esterilidad y su influencia pronóstica para lograr un embarazo.
2. Determinar el antecedente previo de embarazo en las parejas con esterilidad y su participación pronóstica para conseguir un nuevo embarazo.
3. Determinar el tiempo de evolución de la esterilidad y su influencia pronóstica para lograr un embarazo.
4. Determinar los factores condicionantes de esterilidad y su incidencia pronóstica para conseguir un embarazo.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se trata de un estudio de cohorte, longitudinal, descriptivo, observacional y prolectivo.

Los datos se obtuvieron de las parejas atendidas en la consulta externa de la Sección de Ginecología Endocrina del Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala" durante un año, desde septiembre 1990 hasta agosto 1991. Los criterios de selección fueron los siguientes:

**Criterios de inclusión:**

1. Edad de 20 a 35 años
2. Esterilidad de un año o más de evolución

**Criterios de no inclusión:**

Pacientes con diagnóstico de aborto repetido

**Criterios de exclusión:**

Parejas que no aceptaron los estudios indicados.

El diagnóstico del tipo de esterilidad fue realizado por los médicos de base y en adiestramiento asignados al Servicio de Ginecología Endocrina.

## DEFINICIONES OPERATIVAS

Esterilidad.- Incapacidad de una pareja para concebir después de un año como mínimo con relaciones sexuales sin método anticonceptivo alguno. Primaria cuando no hay antecedente de embarazo y secundaria cuando si lo hay.

Factor cervical.- La alteración en el exudado cervicovaginal, la citología o la producción de moco.

Factor uterino.- Algún trastorno en la morfología uterina que impida el paso de los espermatozoides para lograr la fecundación o la nidación del huevo fecundado.

Factor tuboperitoneal.- La existencia de problemas mecánicos o funcionales en las trompas de falopio o el peritoneo pélvico.

Factor ovárico endocrino.- La alteración a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario u otras endocrinopatías que alteren el proceso de la ovulación.

Factor masculino .- La presencia de anomalías en la espermatobioscopia directa de acuerdo a los criterios de la OMS (14).

Se consideró como tiempo cero el ingreso de la pareja a la sección de Ginecología Endocrina.

A las mujeres se les efectuó la historia clínica y exploración física completa. Se practicaron exámenes de laboratorio básicos, tales como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina. De acuerdo a indicación, se solicitaron hormona luteinizante (LH), hormona estimulante del folículo (FSH), estradiol (E<sub>2</sub>) en día 3 a 5 del ciclo menstrual o después de un

sangrado inducido con progestágeno, prolactina (PRL), progesterona (P<sub>4</sub>) en día 21 del ciclo, hormona estimulante del tiroides (TSH), triyodotironina total (T<sub>3T</sub>), tiroxina (T<sub>4</sub>), índice de tiroxina libre (ITL), cortisol (F), testosterona (T), androstendiona (A), dehidroepiandrosterona-sulfato (DHEA-S), 17-hidroxiprogesterona (17-OHP<sub>4</sub>), exudado cervico vaginal, citología cervico-vaginal, espermatobioscopia directa, biopsia de endometrio, ultrasonido pélvico, histerosalpingografía, radiografía de cráneo, tomografía craneal computarizada, campimetría, laparoscopia, curva de temperatura basal y valoración de moco cervical. Los valores normales de las pruebas de laboratorio se indican en el anexo.

#### VALORACION ESTADISTICA

Los resultados se analizaron mediante tablas de vida por el método actuarial y las diferencias entre los grupos se evaluaron por la prueba Logrank (7,15-16). Se consideró a una  $p < 0.05$  como significancia estadística.



## RESULTADOS

Se siguieron en forma prospectiva durante 30 meses 123 parejas con diagnóstico de esterilidad, con edades entre 20 y 35 años ( $M \pm DE$  27.9  $\pm$  3.9). La probabilidad acumulada de embarazo para todas las parejas fue de 42% a los 30 meses, pero la meseta para este valor se logró aproximadamente desde los 18 meses. El número de parejas que consiguieron el embarazo por factor o factores alterados, se detalla en la tabla 1 y el cálculo de la consecución semestral de embarazo por tablas de vida se muestra en la tabla 2. La tabulación de los datos y el cálculo de la proporción acumulada de embarazo en intervalos después del ingreso al servicio para todas las parejas se indica en la figura 1.

Edad de la Mujer. En mujeres menores de 32 años ( $n=103$ ), la proporción acumulada de embarazo fue de 65% y en las de 32 años o mayores ( $n=20$ ) se encontró en 30% (figura 2). Aunque la proporción en menores de 32 años fue más alta, esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

Esterilidad primaria y secundaria. Las parejas con esterilidad primaria ( $n=68$ ) tuvieron una proporción acumulada de embarazos de 44% y las parejas con esterilidad secundaria ( $n= 55$ ) de 100% (figura 3). Se pudo apreciar una tendencia estadística a una mayor tasa acumulada de embarazo en el grupo de esterilidad secundaria.

Tiempo de evolución de la esterilidad. El grupo de parejas con esterilidad menor de 36 meses ( $n=68$ ) tuvo una proporción

acumulada de embarazos de 74%, mientras que el grupo con una evolución mayor o igual a 36 meses (n=55) tuvo una proporción acumulada de 43% (figura 4). La tasa acumulada de embarazos del grupo con menor tiempo de evolución de la esterilidad, fue significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) que la tasa del grupo con mayor tiempo de esterilidad.

Número de factores alterados. La proporción acumulada para un solo factor (n=47) fue de 75% y para varios factores (n=73) del 47% (figura 5). Cuando hubo un solo factor alterado, la tasa acumulada de embarazo fue significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) que cuando había múltiples factores. Tres parejas fueron excluidas del análisis por que su esterilidad era idiopática.

Factor endocrino ovárico. El factor endocrino ovárico como único condicionante de esterilidad fue el más frecuente (n=33). La tasa acumulada de embarazos para este factor fue del 79% (figura 6). Los otros factores no fueron sometidos a análisis con tablas de vida dado el escaso número de parejas para cada uno de ellos.

Embarazo espontáneo. La proporción acumulada de embarazos espontáneos sin ninguna medida terapéutica, fue de 6%.

Abandono y altas. El porcentaje acumulado (n=59) de las parejas que se perdieron del seguimiento fue de 48% mientras que para las parejas dadas de alta, por irreversibilidad de su problema (n=14) fue del 11%.

De los 44 embarazos logrados, 35 fueron gestaciones a término y una pretérmino, 4 abortos del primer trimestre, un embarazo ectópico y 3 embarazos continuaban su evolución al cierre del estudio.

## DISCUSION

Cuando una pareja con trastorno de la fertilidad acude a consulta, generalmente considera la probabilidad como un efecto del todo o nada. Por otra parte, el médico es incapaz de emitir un pronóstico real para el logro de embarazo. Esto dependerá entre otras cosas, de la edad de la mujer, el tipo de esterilidad, la duración de la misma y el número de factores alterados.

La edad de la paciente es uno de los factores que tradicionalmente se ha considerado con más influencia para el pronóstico (3,7), donde a mayor edad de la mujer la probabilidad de lograr un embarazo disminuye; sin embargo, en este estudio, dividiendo a las parejas en mayores y menores de 32 años no se encontró una diferencia estadística. Probablemente, si se elevara este límite de edad o se aumentara el tamaño de la muestra, se podrían conseguir datos significativos, pero en el hospital donde se realizó este estudio, uno de los requisitos para que la paciente con esterilidad ingrese a este protocolo, es que en general su edad no rebase los 35 años.

El tipo de esterilidad es un elemento sumamente importante para lograr emitir un pronóstico, comprobándose en este estudio que la presencia de embarazos anteriores es un dato favorable para este objetivo, con tendencia a la diferencia estadística cuando se comparó con los datos de la esterilidad primaria, como se ha informado previamente (3-4).

La esterilidad de más de 36 meses de evolución es un indicador de mal pronóstico con diferencia significativa comparada con la esterilidad de menor duración, como en estudios previos (3,7).

La presencia de uno o varios factores alterados también es un indicador pronóstico, siendo peor obviamente cuando el compromiso es múltiple. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas cuando se comparó un solo factor, contra la esterilidad debida a dos factores o más, lo cual también ha sido informado previamente (4). El tipo de factor afectado, también es importante y dependerá de la severidad de la anormalidad, la accesibilidad y el tipo de tratamiento empleado. El factor endocrino ovárico tuvo una tasa acumulada de embarazos cercana al 80%, lo cual indica que cuando solo existe este problema, se puede considerar que existe una buena probabilidad para conseguir el embarazo, como se ha mencionado previamente (6).

El pronóstico puede establecerse una vez que el estudio de las causas de la esterilidad ha concluido, existiendo la posibilidad de que se presente el embarazo espontáneamente, sin ninguna ayuda terapéutica, en el transcurso del estudio de la pareja estéril, como en informes previos (4,10).

La proporción acumulada de embarazos espontáneos es baja, probablemente debido a que el hospital donde se desarrolló el estudio es un centro de tercer nivel, que da servicio a parejas atendidas previamente sin respuesta al tratamiento.

Las causas que motivaron el abandono del estudio de esterilidad por parte de las parejas fueron la complejidad del estudio, la falta de interés y colaboración, así como la pérdida del derecho

al seguro por parte de la pareja. Las altas otorgadas fueron por edad de la mujer mayor a 35 años, trompas obstruidas y varón con azoospermia.

Este trabajo establece en una forma objetiva el valor pronóstico de diferentes criterios clínicos y epidemiológicos observados en la evaluación de las parejas con esterilidad, los cuales permiten el cálculo de una probabilidad real de embarazo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Aral SO, Cates W: The increasing concern with infertility. *JAMA* 250:2327-31, 1983.
2. Hirsch MB, Mosher WD: Characteristics of infertile women in the United States and their use of infertility services. *Fertil Steril* 47:618-25, 1987.
3. Collins JA, Rowe TC: Age of the female partner is a prognostic factor in prolonged unexplained infertility: a multicenter study. *Fertil Steril* 52: 15-20, 1989.
4. Collins JA, Wrixon W, Janes LB, Wilson EH: Treatment-independent pregnancy among infertile couples. *N Engl J Med* 309:1201-6, 1983.
5. Bostofte E, Bagger P, Michael A, Stakemann G: Fertility prognosis for infertile couples. *Fertil Steril* 59:102-7, 1993.
6. Hull MGR, Glazener CMA, Kelly NJ, Conway DI, Foster PA, Hinton RA, Coulson C, Lambert PA, Watt EM, Desai KM: Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Br Med J* 291:1693-7, 1985.
7. Lamb EJ: Prognosis for the infertile couple. *Fertil Steril* 23:320-5, 1972
8. Jette NT, Glass RH: Prognostic value of the postcoital test. *Fertil Steril* 23:29-32, 1972.
9. Bostofte E: Prognostic parameters in predicting pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 66:617-24, 1987.
10. Bustos HH, Villanueva C, Garza P, Gaona R, Kably A: Embarazo espontáneo independiente de tratamiento entre parejas estériles. *Ginec Obstet Mex* 61:60-5, 1993.

11. Cramer DW, Walker AM, Schiff I: Statistical methods in evaluating the outcome of infertility therapy. *Fertil Steril* 32:80-6, 1979.
12. Guzick DS, Rock JA: Estimation of a model of cumulative pregnancy following infertility therapy. *Am J Obstet Gynecol* 140:573-8, 1981.
13. Guzick DS, Bross DS, Rock JA: A parametric method for comparing cumulative pregnancy curves following infertility therapy. *Fertil Steril* 37:503-7, 1982.
14. Manual de Laboratorio de la OMS para el examen del semen humano y de la interacción entre el semen y el moco cervical. Editorial Panamericana, Buenos Aires, 1987.
15. Lamb EJ, Cruz AL: Data collection and analysis in an infertility practice. *Fertil Steril* 23:310-9, 1972.
16. Dawson-Saunders B, Trapp RG: Bioestadística médica. Editorial El Manual Moderno, México D.F., 1993.

**TABLA 1.** Distribución de 123 parejas con esterilidad de acuerdo a los factores alterados y el número de embarazos.

FACTOR ALTERADO	n	NUMERO DE EMBARAZOS
ENDOCRINO OVARICO	33	18
TUBOPERITONEAL	8	3
MASCULINO	5	1
UTERINO	1	0
IDIOPATICA	3	2
ENDOCRINO OVARICO Y TUBOPERITONEAL	30	11
ENDOCRINO OVARICO Y MASCULINO	10	2
ENDOCRINO OVARICO Y UTERINO	3	2
TUBOPERITONEAL Y UTERINO	1	0
TUBOPERITONEAL Y MASCULINO	5	0
ENDOCRINO OVARICO, TUBOPERITONEAL Y UTERINO	2	0
ENDOCRINO OVARICO, TUBOPERITONEAL Y MASCULINO	18	5
ENDOCRINO OVARICO, TUBOPERITONEAL, UTERINO Y MASCULINO	4	0
<b>TOTAL</b>	<b>123</b>	<b>44</b>



**TABLA 2.** Tabla de vida de consecución semestral de embarazos de acuerdo a diferentes criterios clínicos y epidemiológicos.

**SEGUIMIENTO (meses)**

CRITERIOS PRONOSTICOS		0-6			7-12			13-18			19-24			25-30		
		n	p	EE	n	p	EE	n	p	EE	n	p	EE	n	p	EE
EDAD (años)	<32	90	23	4	72	38	6	49	60	7	40	65	7	40	65	7
	>=32	16	18	9	16	18	9	11	30	14	11	30	14	11	30	14
TIPO DE ESTERILIDAD	PRIMARIA	61	18	4	53	28	6	40	44	8	40	44	8	40	44	8
	SECUNDARIA	45	26	6	32	45	8	19	75	10	0	100	0	0	100	0
TIEMPO DE EVOLUCION (meses)	<36	60	31	6	10	46	15	32	66	8	20	74	9	20	74	9
	>=36	46	10	4	37	20	6	26	43	10	0	43	0	0	43	0
FACTORES) ALTERADO(S)	UNICO	41	28	7	33	49	9	24	65	10	16	75	11	16	75	11
	MULTIPLE	61	16	4	55	22	6	34	47	8	34	47	8	34	47	8
GLOBAL		106	23	8	11	31	28	103	41	9	103	42	9	103	42	9

Tamaño de muestra efectivo (n), Tasa acumulada de embarazo (p), Error estándar de la proporción (EE).

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

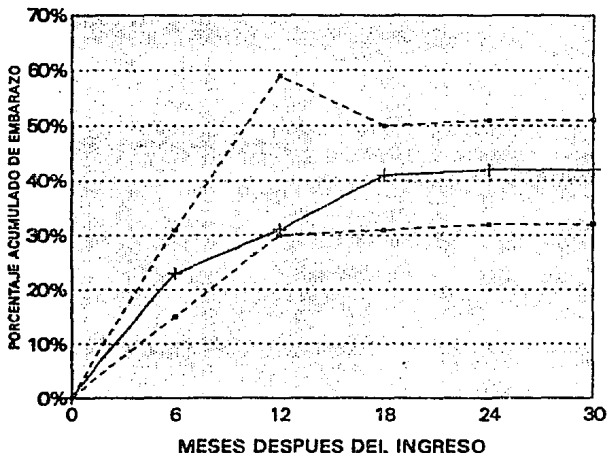


Figura 1. Tasa acumulada de embarazo (línea continua) calculada por tabla de vida, en 123 parejas con esterilidad con sus límites de confianza del 95% (líneas punteadas). Se aprecia que la proporción acumulada de embarazos a los 30 meses fue de 42%, pero la meseta para este valor aproximado se había conseguido desde los 18 meses.

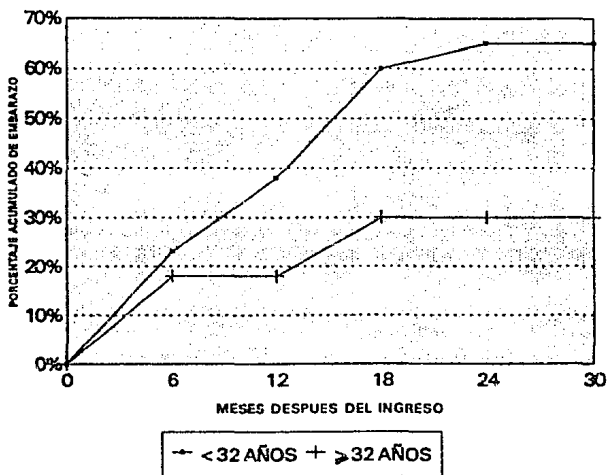
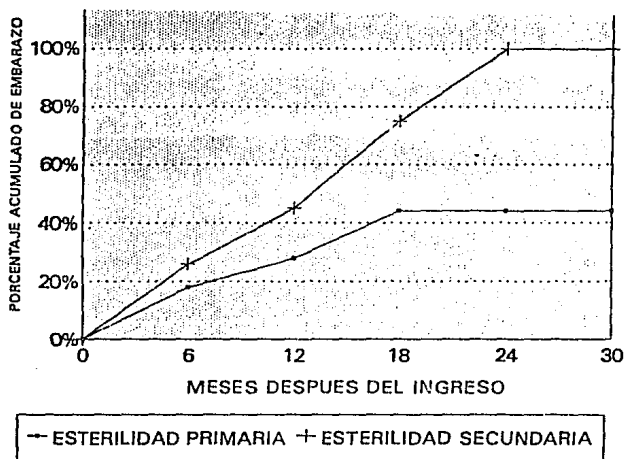


Figura 2. Tasa acumulada de embarazo de acuerdo a la edad de la mujer calculada mediante tabla de vida. Las mujeres menores de 32 años (n=103) tuvieron una proporción acumulada de embarazos del 65% y las de edad mayor o igual a 32 años (n=20), de 30% a los 30 meses, sin embargo, la meseta en ambas curvas se logró aproximadamente a los 18 meses. La diferencia no fue estadísticamente significativa.



**Figura 3.** Tasa acumulada de embarazo en esterilidad primaria y secundaria calculada por tabla de vida. Las parejas con esterilidad secundaria (n=55) tuvieron una proporción acumulada de embarazos del 100%, mientras que las de esterilidad primaria (n=68) del 44%, con una tendencia estadística a la diferencia entre los dos grupos.

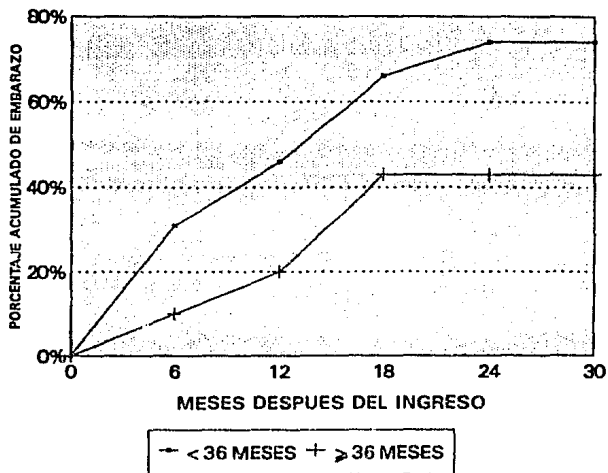


Figura 4. Tasa acumulada de embarazo de acuerdo al tiempo de evolución de la esterilidad calculada mediante tabla de vida. Las parejas con una duración de la esterilidad menor de 36 meses (n=68) tuvieron una proporción acumulada de embarazos del 74%, la cual fue significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) que el porcentaje acumulado de las parejas con una duración igual o mayor de la esterilidad (n=55) que fue de 43%.

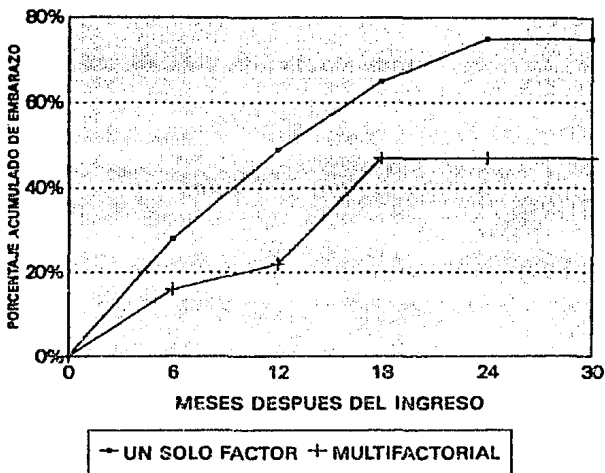


Figura 5. Tasa acumulada de embarazo de acuerdo al número de factores alterados calculada mediante tabla de vida. Las parejas que presentaban un solo factor alterado (n=47) tuvieron una proporción acumulada de embarazo del 75% la cual fue significativamente mayor ( $p < 0.05$ ) que las parejas con problema multifactorial (n=73), donde se encontró un porcentaje acumulado de 47%.

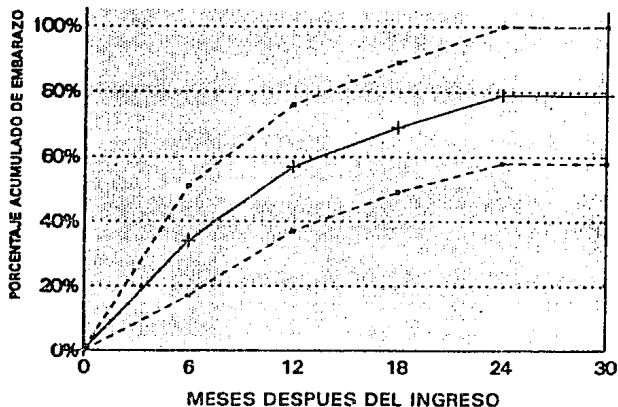


Figura 6. Tasa acumulada de embarazo (línea continua) calculada mediante tabla de vida con el intervalo de confianza del 95% (líneas punteadas) en las mujeres con factor endocrino ovárico alterado (n=33). Se observa un porcentaje acumulado de embarazos del 79% entre los 24 y 30 meses.

ANEXO

VALORES NORMALES DE LABORATORIO

FSH	en fase folicular temprana		2.7 - 10.5 mUI/mL
LH	en fase folicular temprana		1.7 - 6.5 mUI/mL
E2	en fase folicular		30 - 90 pg/mL
P4	en fase lútea		>5 ng/mL
PRL			<20 ng/mL
T			0.15 - 1.0 ng/mL
A			1.5 - 5.8 ng/mL
DHEA-S			35 - 430 µg/mL
17-OHP4	fase folicular		0.28 - 1.5 ng/mL
F		8:00 h	60 - 230 ng/mL
		16:00 h	10 - 85 ng/mL
TSH			0.3 - 5.0 µUI/mL
T3			23 - 37%
T4			4.5 - 12.5 µg/dL
ITL			1.13 - 4.65
T3T			86 - 187 ng/dL