

Factores socioepidemiológicos y clínicos presentes en mujeres atendidas en consulta de infertilidad

MSc. Dr. Antonio Ángel Llaguno Concha

Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”. Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la infertilidad representa un importante problema de salud pública, cerca de 60 000 parejas acuden a consulta cada año por desear un embarazo.

Objetivo: identificar los factores sociales, epidemiológicos y clínicos presentes en las mujeres que acudieron a la consulta de atención a las parejas infértiles en el municipio de Sagua la Grande en el período de junio 2012 a diciembre 2014.

Métodos: se realizó una investigación de tipo observacional descriptiva de corte transversal en la consulta de infertilidad del Hospital Docente “Mártires del 9 de Abril”. Se observaron 107 mujeres que acudieron a consulta con diagnóstico de infertilidad.

Resultados: se constató que la decisión inicial de acudir a consulta de forma significativa la tomó la mujer, con predominio de 25 a 29 años de edad, color de piel blanca y con infertilidad secundaria, mientras que en edades menores lo fue la infertilidad primaria.

Conclusión: la decisión inicial de acudir a consulta la tomó la mujer de forma significativa, hubo un predominio de mujeres de piel blanca entre 25 y 29 años de edad, de zona urbana y que mantenían una unión consensual. El tipo de infertilidad que predomina fue la secundaria después de transcurridos tres años de evolución. Los antecedentes más significativos fueron: uso de DIU, EIP y embarazo ectópico. Las causas detectadas que más afectan a las pacientes son los trastornos ovulatorios y las afecciones tubáricas.

Palabras clave: infertilidad, esterilidad, trastornos de la fertilidad.

INTRODUCCIÓN

Tener descendencia desde el punto de vista sociocultural tiene variados significados los cuales dependen de las tradiciones, culturas, subculturas, relaciones sociales y familiares, pero para la mayoría de las personas tener un hijo es algo de gran importancia. Una vez que se establece una pareja lo esperado socialmente es que se conviertan en padres. Sin embargo cuando algún evento altera esta expectativa, la pareja se ve obligada a replantear sus necesidades, y por supuesto, a establecer otras prioridades que no lo eran hasta ese momento.¹⁻⁴

Técnicamente la infertilidad se considera cuando una pareja lleva un año de vida sexual activa y regular sin utilizar métodos anticonceptivos y no logra el embarazo, mientras que la esterilidad no va a ser más que la existencia de condiciones irreversibles que motiven que no se produzca el embarazo.⁵⁻⁷

La infertilidad afecta entre el 10 y 15 % de las parejas, o sea, entre 60 y 80 millones de personas en el mundo según datos aportados por la OMS.⁶⁻¹⁰ La frecuencia de la infertilidad varía de acuerdo al área geográfica y se supone que sólo aproximadamente el 9 % de las parejas infértiles llegan a ser realmente estériles. En términos de población se ha llegado a calcular que de 50 a 80 millones de personas presentan trastornos de la fertilidad. La concepción ocurre solo en el 15 a 20 % de los ciclos fértiles y la fecundación disminuye declina con el avance de la edad de la mujer. Con este conocimiento se puede llegar a un cálculo aproximado: el 85 % de las parejas entre 20 y 25 años de edad lograrán un embarazo en 12 meses, mientras que solo un 60 % lo logrará entre 30 y 34 años de edad y el 50 % entre los 35 y 40 años de edad.

La frecuencia de la infertilidad varía de acuerdo al área geográfica, a veces dentro de un mismo país se encuentran variaciones y la incidencia causal es distinta en diferentes territorios, atendiendo esto a la multiplicidad de factores que influyen sobre el estado de fertilidad de una persona, por supuesto en nuestro país, no estamos exento de ello.

En estudios realizados en nuestro país, podemos señalar el realizado por los doctores Vanegas Estrada y Veranes Arias, donde de 212 parejas, la frecuencia de esterilidad femenina fue del 62,3 %, la masculina del 15 %, la mixta el 12,3 % y sin causa aparente el 10,2 %. Otro estudio realizado por el doctor Hernández de Ávila y colaboradores encontró que de 193 parejas atendidas, en el 50,3 % la causa de infertilidad fue mixta, en el 28,5 % tenía el hombre el factor causal, el 17,1 % correspondía a una causa femenina y en el 3,6 % de los casos no se encontró causa

aparente. Padrón Durán reportó entre 12 y 14 % de parejas infértiles, pero en la actualidad se desconocen las tasas de incidencia y prevalencia.^{11,12} En Cuba la Tasa Global de Fecundidad en el 2013 fue de 1,73. Por su parte, la Tasa Bruta de Reproducción (cantidad de hijos por mujer) fue de 0,83, como refleja el anuario estadístico de Salud.¹³

La infertilidad puede ser primaria o secundaria. La primaria consiste en la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo después de un año o más de relaciones sexuales regulares sin emplear métodos anticonceptivos sin el antecedente de haber logrado un embarazo por primera vez. La infertilidad secundaria se refiere a la incapacidad para concebir después de haber concebido con éxito. Otra clasificación responde a los factores etiológicos tanto masculinos como femeninos, o de causa mixta o infertilidad idiopática o inexplicada, cuando la causa de la infertilidad aún no se ha podido explicar con las investigaciones realizadas.^{5, 12,14}

El descubrimiento de un factor de infertilidad en uno de los cónyuges no significa dejar de indagar por más factores en el otro, pues pueden aparecer factores concurrentes en una misma pareja. En muchos casos sólo es posible determinar una subfertilidad en ambos cónyuges.¹⁵⁻¹⁷ El estudio de una pareja infértil, se debe hacer de forma sistemática, según programa establecido. Atendiendo a la existencia de múltiples factores capaces de producir un trastorno de la fertilidad, se debe realizar el estudio de la pareja de forma completa, aunque desde el inicio sean detectados trastornos que dañen la fertilidad. Es necesario que el proceso investigativo vaya de lo simple a lo complejo, en forma consecuyente y escalonada, siempre de acuerdo a las posibilidades del nivel de atención. Algo importante es que tanto la mujer como el hombre estén interesados en la solución del problema.

La infertilidad constituye un problema de salud para la pareja, históricamente a la mujer se le ha designado como inseparable el hecho de la maternidad y la familia, esto indudablemente ha definido algunas tradiciones femeninas que influyen en la vida social de la mujer.¹⁸⁻²¹ Desde el punto de vista social y por tradición se considera que toda mujer que tiene una vida sexual activa debe embarazarse aún sin tener en cuenta las posibilidades reales que tenga para enfrentarla.²¹ Ante la imposibilidad de tener un embarazo la mujer puede presentar sentimientos de frustración pues siente que ha dejado de cumplir con uno de sus roles principales, esto hace que muchas mujeres infértiles se sientan frustradas en su condición femenina ya que la concepción y el parto la hacen ligada intrínsecamente a su condición.^{20,22,23}

Las causas de infertilidad en una mujer pueden ser muchas: cervicovaginales, uterinas, endometriales, peritoneales, tubáricas, endocrinas, psicosexuales, inmunológicas.^{15, 24} Desde el punto de vista de su factor causal se pueden valorar alteraciones orgánicas del aparato reproductor, trastornos de la ovulación, alteraciones de la interacción moco-semen o dismucorrea, la existencia de una infertilidad psicógena, emocional o de estrés, aunque a veces hay causas no demostrables. A pesar que la infertilidad no es fácil de evaluar en cuanto a frecuencia, más del 60 % de

las parejas normales que tienen coito sin protección de forma regular conciben en seis meses, casi 94 % en un año y el resto se embarazan al final del segundo año. Al concluir el estudio que podemos considerar básico, ya tendremos el diagnóstico en más del 50 % de las parejas. De esta forma, algunas parejas ya podrán tener una orientación terapéutica, mientras que en otras será necesario completar el estudio de esterilidad utilizando medios diagnósticos más complejos.

En nuestro Sistema de Salud la consulta ha tenido transformaciones dadas a intereses propios. Siguiendo los lineamientos del Programa Nacional de Atención a la Pareja Infértil a partir de junio de 2012 se comienza esta consulta en nuestro centro siguiendo los parámetros nacionales actuales para estos casos. Surge así la necesidad de tener un mayor conocimiento acerca de los factores presentes en las pacientes atendidas por infertilidad en el municipio, lo que nos motiva la siguiente pregunta científica: ¿qué factores sociales, epidemiológicos y clínicos que pueden influir en la infertilidad se encuentran presentes en las parejas que se siguen en nuestra consulta?

El objetivo de este trabajo es identificar los factores socio-epidemiológicos y clínicos presentes en las mujeres que acudieron a consulta de infertilidad en el municipio de Sagua la Grande desde junio de 2012 a diciembre de 2014.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en la consulta de infertilidad del municipio de Sagua la Grande, de junio de 2012 a diciembre de 2014. La muestra estuvo conformada por 107 mujeres con diagnóstico de infertilidad que fueron remitidas a la consulta desde los Consultorios del Médico de la Familia en el municipio. Para la selección de la misma se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico intencional por criterios.

Los criterios de inclusión fueron los mismos criterios que existen para admitir a una pareja en una consulta de este tipo y que son: Pacientes mujeres entre 20 y 44 años de edad, que estuviera dispuesta a realizarse las investigaciones propias de la consulta, que no padezcan de enfermedades cromosómicamente transmisibles o que la mujer presente alguna condición en la que el embarazo pueda poner en riesgo su vida. No hubo criterios de exclusión.

Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de resumen descriptivas: frecuencias absolutas y porcentajes de acuerdo al tipo de variable, analizados y comparados mediante diferencia de (X²) para una $p < 0,05$. Los resultados se muestran en tablas de frecuencia absoluta (n) y relativa (%), lo que permite llegar a conclusiones y recomendaciones.

Aspectos éticos de la investigación

En esta investigación no se dan a conocer datos de identidad específicos de las parejas que son atendidas en consulta por lo que no se viola la privacidad médico-paciente de los datos manejados en consulta.

RESULTADOS

En la consulta de infertilidad ofertada en el Hospital Docente “Mártires del 9 de Abril” en el período comprendido de junio 2012 a diciembre 2014 se atendieron 107 mujeres, 82 mujeres respondieron que había partido de ellas la idea asistir a la consulta, lo que representa 76,6 % (tabla 1). Existió mayor incidencia en el grupo de pacientes comprendidas entre 25 y 29 años de edad con una infertilidad secundaria y en pacientes de piel blanca que trabajan o estudian (tabla 2).

Tabla 1. Decisión de los miembros de la pareja para solicitar atención por infertilidad

Decisión en la pareja	No.	%
Mujer	82	76,6
Hombre	25	23,4
Total	107	100,0

Tabla 2. Distribución de pacientes según edad, tipo de infertilidad, color de la piel y ocupación. Consulta de infertilidad. Saqua la Grande (junio 2012 - diciembre 2014)

		Edad en años										Total	
		20 a 24		25 a 29		30 a 34		35 a 39		40 o más			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tipo de infertilidad	Primaria	22	73,3	13	36,1	7	23,3	1	14,3	2	50,0	45	42,1
	Secundaria	8	26,4	23	63,9	23	76,7	6	85,7	2	50,0	62	57,9
	subtotal	30	100,0	36	100,0	30	100,0	7	100,0	4	100,0	107	100,0
Color piel	Blanca	19	63,4	22	61,1	22	73,3	4	57,1	3	75,0	70	65,4
	Negra	7	23,3	13	36,1	5	16,7	2	28,6	1	25,0	28	26,2
	Mestiza	4	13,3	1	2,8	3	10,0	1	14,3	-	-	9	8,4
	subtotal	30	100,0	36	100,0	30	100,0	7	100,0	4	100,0	107	100,0
Ocupación	Trabaja o estudia	14	46,7	20	55,6	23	76,7	3	42,8	1	25,0	61	57,0
	No trabaja	16	53,3	16	44,4	7	23,3	4	57,2	3	75,0	46	43,0
	subtotal	30	100,0	36	100,0	30	100,0	7	100,0	4	100,0	107	100,0
Total		30	28,1	36	33,6	30	28,1	7	6,5	4	3,7	107	100,0

Fuente: Historia clínica de consulta.

En la **tabla 3** observamos la relación existente entre el tiempo de infertilidad que llevaba la pareja antes de acudir a la consulta y lo relacionamos con variantes demográficas y sociales como son el lugar de residencia y el estado civil oficial de la mujer. La mayoría de las pacientes proceden de zonas urbanas, con un tiempo de infertilidad referida de 3 años y que se encuentran en unión consensual.

Tabla 3. Pacientes según zona de procedencia, estado civil y tiempo de infertilidad referida. Consulta de infertilidad. Sagua la Grande (junio 2012 a diciembre 2014)

		Tiempo de infertilidad referida										Total	
		1 año		2 años		3 años		4 años		5 años o más			
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Zona de residencia	Urbana	21	100,0	21	87,5	29	96,7	12	80,0	6	35,3	89	83,2
	Rural	-	-	3	12,5	1	3,3	3	20,0	11	64,7	18	16,8
	Subtotal	21	100,0	24	100,0	30	100,0	15	100,0	17	100,0	107	100,0
Estado civil	Casada	4	19,0	7	29,2	6	20,0	9	60,0	7	41,2	33	30,8
	Unión consensual	17	81,0	17	70,8	24	80,0	6	40,0	10	58,8	74	69,2
	subtotal	21	100,0	24	100,0	30	100,0	15	100,0	17	100,0	107	100,0
	Total	21	19,6	24	22,4	30	28,1	15	14,0	17	15,9	107	100,0

Fuente: Historia clínica de consulta.

Existió mayor número de pacientes con antecedentes de uso de dispositivos intrauterinos (DIU) como método anticonceptivo (47,7 %), trastornos menstruales (44,9 %) y crisis de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) (43,0 %) (**Tabla 4**). Se determinó al menos una causa de infertilidad femenina en 80 de las pacientes que representó el 74,8 % (**Tabla 5**). Las causas de infertilidad más frecuentes detectadas fueron los trastornos ovulatorios (42,5 %) y las afecciones tubáricas (41,3 %). En varias pacientes dentro de las 80 en las que se detectó un factor femenino de infertilidad, coincidieron más de una posible causa femenina de infertilidad y que 9 pacientes (abandonaron la consulta antes de poder llegar a un diagnóstico (8,4 %) (**tabla 6**).

Tabla 4. Pacientes según antecedentes clínicos y quirúrgicos presentados. Consulta de infertilidad. Sagua la Grande (junio 2012 a diciembre 2014)

Antecedentes	No.	%
Asma	38	35,5
Hipertensión Arterial	9	8,4
Hirsutismo	21	19,6
Enfermedad del tiroides	7	6,5
Obesidad	34	31,8
Trastornos menstruales	48	44,9
Crisis de E.I.P	46	43,0
Fibroma uterino	4	3,7
Uso de D.I.U	51	47,7
Anticoncepción hormonal	28	26,2
Partos	12	11,2
Abortos	44	41,1
Embarazo Ectópico	18	16,8
Otras operaciones gineco-obstétricas	14	13,1
Apendicectomía	4	3,7

Fuente: Historia clínica de consulta

Tabla 5. Pacientes según factores determinados. Consulta de infertilidad. Sagua la Grande (junio 2012 a diciembre 2014)

Factor de infertilidad	No.	%
Factor femenino no detectado	18	16,8
Abandono de consulta	9	8,4
Factor femenino detectado	80	74,8
Total	107	100,0

Fuente: Historia clínica de consulta

Tabla 6. Distribución de pacientes con infertilidad según causas detectadas.
Consulta de infertilidad. Sagua la Grande (junio 2012 a diciembre 2014)

Causas femeninas detectadas	No.	%
Trastornos ovulatorios	34	42,5
Afecciones tubáricas	33	41,3
Infección cervico-vaginal	19	23,8
Alteraciones endometriales	19	23,8
Factor peritoneal	12	15,0
Afección uterina	4	5,0

Fuente: Historia clínica de consulta

De las 98 pacientes que siguieron el estudio, logramos un total de 19 embarazos para 19,4 % de efectividad (tabla 6).

DISCUSIÓN

La infertilidad afecta mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y causa profundo sufrimiento personal y familiar. Aunque las estimaciones de su prevalencia no son muy exactas y varían de un país a otro, aproximadamente 15 % de las mujeres sufren de infertilidad durante su vida reproductiva (Thonneau y cols., 1991). Si extrapolamos esto a la población mundial, significa que de 50 000 000 a 80 000 000 de personas pueden ser infértiles.

En nuestro país la actividad investigativa que se ha llevado a cabo durante la última década, si bien no ha sido muy prolífica, ha permitido conocer acerca del comportamiento de la infertilidad. Investigaciones anteriores señalan que la edad de la paciente es significativa, pues la fertilidad de la pareja disminuye con el aumento de la edad de ambos miembros (Padrón Durán y col., 1989). En el estudio podemos observar que el grupo mayoritario de pacientes se encontraba por debajo de los 35 años de edad, predominaban las edades entre 25 y 29.

En una pareja que se estudia es de importancia precisar el tipo de infertilidad, ya sea primaria o secundaria. La infertilidad secundaria fue significativa lo cual no coincide con estudios realizados los cuales plantean que en el 64 % de las parejas con infertilidad primaria se concluyen las investigaciones, siendo el porcentaje menor en las parejas con infertilidad secundaria. Las pacientes de piel blanca acudieron con mayor frecuencia a la consulta (65.4 %), esto llamó la atención, pues en nuestra región estadísticamente existe un predominio de personas con piel negra dato este ofrecido por el último Censo y Registro de Población (tabla 2).

Puede observarse que las mujeres acuden a consulta con mayor frecuencia después de llevar tres años o más de relaciones sexuales sin anticonceptivos (62 pacientes que significó el 58 % de la muestra), esto pudiera estar en relación con la aceptación de la otra parte de la pareja en acudir a consulta para comenzar un estudio, pues esta es una decisión compartida. Otros estudios consideran que del 15 % de mujeres que no logran embarazo en el primer año, más del 50 % lo hacen en forma espontánea al año siguiente; sin embargo, las posibilidades disminuyen con el tiempo y son poco frecuentes luego de 3 años de infertilidad (Speroff, 1994). Por otra parte vemos que 69,2 % de las parejas mantenían una relación no legalizada oficialmente, pudiera esto tener influencia en la decisión de postergar tener un hijo. Tuvo una frecuencia de significación el hecho de que el 83,2 % de las pacientes fueran residentes en área urbana contra el 16,8 % que residía en área rural.

Debemos señalar que en ocasiones una sola mujer refería más de un antecedente de interés. A pesar de no ser un factor influyente en la infertilidad se recogió el antecedente de padecer de asma bronquial en el 35,5 % de las pacientes lo que pudiera estar en relación con las condiciones de contaminación ambiental que tiene nuestra área, específicamente la urbana. En relación con antecedentes quirúrgicos encontramos que el 16,8 % de las pacientes tenía el antecedente de haber sido operadas por haber presentado un embarazo ectópico, el 41,1 % haber tenido al menos un aborto, ya fuera espontáneo o provocado, y el 16,8 % de haber sido sometida a alguna cirugía en la región pélvica.

La frecuencia de infertilidad de causa no precisada varía según el protocolo de investigación y el criterio utilizado por cada autor.

En 16,8 % de las pacientes estudiadas no se ha encontrado la causa de infertilidad mientras que se encontró al menos una causa que explicara la misma en 80 pacientes (74,8 %), señalando que en ocasiones se encontró más de una causa en una misma mujer. Es frecuente que la mujer tenga más de una causa de infertilidad y sería un gran error tratar la anovulación, y olvidar la permeabilidad de las trompas, pues ignorar uno de los factores causantes de infertilidad en cualquier miembro de la pareja puede dar al traste con todos los esfuerzos coincidiendo con Padrón Durán. Al momento de realizar esta investigación 9 de las mujeres habían abandonado la consulta antes de poder diagnosticar una causa de infertilidad. Se detectaron como causas de infertilidad los trastornos ovulatorios, las afecciones de las trompas de Falopio, las infecciones cervicovaginales y las afecciones del endometrio, pero se detectan antecedentes quirúrgicos en relación con el aparato genital en 32 mujeres (29,9 %) de ellas 18 con antecedentes de un embarazo ectópico (16,8 %) (tabla 6).

CONCLUSIONES

La decisión inicial de acudir a consulta la tomó la mujer de forma significativa, hubo un predominio de mujeres de piel blanca entre 25 y 29 años de edad, de zona urbana y que mantenían una unión consensual. El tipo de infertilidad que predomina fue la secundaria después de transcurridos tres años de evolución. Los antecedentes más significativos fueron: uso de DIU, crisis de EIP, trastornos menstruales y el embarazo ectópico. Las causas detectadas que más afectan a las pacientes son los trastornos ovulatorios y las afecciones tubáricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calero JL, Santana F. La infertilidad como evento de frustración personal. Reflexiones de un grupo de varones de parejas infértiles. Rev Cubana Endocrinol [revista en la Internet]. 2006 Abr [citado 26 Ene 2015];17(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000100002&lng=es
2. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 [citado 2015 Jun 15];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662011000100009&lng=es
3. Regueiro Ávila AM, Valero Aguayo L. Intervención psicológica en un caso de infertilidad femenina. Escritos de Psicología [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Jun 15];4(3):27-35. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092011000300003&lng=es
4. Llavona LM. El impacto psicológico de la infertilidad. Rev. Papeles del Psicólogo. [serie en internet]. 2008 [citado 26 Ene 2015];29(2): [aprox. 6p.]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1582P>
5. Padrón Durán RS. Epidemiología de la Infertilidad. En su: Infertilidad Femenina. La Habana: Científico- Técnica; 1998. pp.11-17.
6. López N, Palacios S, Lago M, Chinchilla N, Beunza M. Retraso de la edad de la procreación e infertilidad. El recurso a la reproducción asistida y selección de embriones. El problema intergeneracional. Cuad. Bioét. XXII. 2011;2(3):325- 40.
7. Urgellés Carrera SA, Reyes Guerrero E, Figueroa Mendoza M, Palazón Rodríguez A. Infertilidad en pacientes mayores de 35 años. Rev Cubana ObstetGinecol [revista en la Internet]. 2012 Dic [citado 2015 Jun 15];38(4):530-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000400010&lng=es

8. Arteaga A, Toledo AM, Villalón C. La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr [online]. 2008 [citado 24 Nov 2014],24(4):1561-3038. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400003&lng=es
9. Salama S, Muratorio C, Torre A, Paillusson B, Wainer R. Exploration du couple infertile. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Traité de Médecine Akos, 3-1310, 2011. [citado 6 de marzo de 2015]
10. Parada L. Infertilidad y pareja: construcciones narrativas como horizonte para la intervención. Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología. 2006;2(1):149-58.
11. Padrón Durán Rubén S. Etiología. En su: Infertilidad Femenina. La Habana: Científico- Técnica; 1998. pp.18- 33.
12. Padrón RS, Hernández AJ, Más J, Valdés F, Seuc A. Causas de discontinuación del seguimiento de las parejas infértiles y su relación con el diagnóstico y el estado de la fertilidad. RevCubEndocrinol. 1997;8(3):208-16.
13. Anuario Estadístico de Salud 2014. Ministerios de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana 2015. ISSN: 1561-4425. pp: 21-23.
14. Hernández AJ, Padrón RS, Más J, Valdés F, Seuc A. Seguimiento de parejas infértiles durante 2 años. Rev Cub Endocrinol. 1997;8(2):126-34.
15. Rigol R. Salud reproductiva. En: Obstetricia y Ginecología. Capítulo I. La Habana: Ciencias Médicas; 2004.
16. Fernández Borbón H, Valle Rivera T, Fernández Ramos I, Ramírez Pérez N. Caracterización de la infertilidad en el municipio Pinar del Río. Rev Ciencias Médicas [revista en la Internet]. 2013 Oct [citado 2015 Jun 14];17(5):64-73. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942013000500007&lng=es
17. Hang Wun LiR, Hung Yu NgE. Management of anovulatory Infertility. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 26. 2012:757–68. Disponible en:<https://www.clinicalkey.es/ui/service/content/url?eid=1s2.0S1521693412000909>
18. Carazo-Hernández B, Lafalla-Bernad O, García-Simón R, Gascón-Mas E, Moreno-Romea E, Pérez-Ezquerro B. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con ovario poliquístico. Medisur[revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Jun 15]; 12 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en:<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2530>

19. Schwarz P. Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana. 2010;(6):83-104.

20. Urdaneta MJ, Cantillo HE, Alarcón SA, Karame H A, Salazar de Acosta J, Romero A Z, et al . Infertilidad tubárica e infección genital por Chlamydia trachomatis-Ureaplasmaurealyticum. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2013 [citado 2015 Jun 15] ;78(1):32-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262013000100006&lng=esdx.doi.org/10.4067/S071775262013000100006

21. Urdaneta JM et al. Hipotiroidismo subclínico en mujeres infértiles. Rev. argent. endocrinol. metab. [revista en la Internet]. 2013[citado 2015-06-15];50(4): 233240. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18513034201300040003&lng=es&nrm=iso ISSN 1851-3034

22. González Campillo GA, Carreño Meléndez J, Sánchez Bravo Cu, Morales Carmona FA. Estudio comparativo del autoconcepto en mujeres con esterilidad primaria y pérdida gestacional recurrente. Psicología y Salud. 2009;19:295-302.

23. Calero JL, Magallanes M, Rechkemmer A, García M. Infertilidad o paternidad frustrada. Significados de este fenómeno desde la perspectiva masculina peruana. RevCub Sal Públ. 2003;29(Suppl 1):48.

24. González I. El proceso reproductivo: Algunas consideraciones sobre el maternaje. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 octubre [citado 14 Sept 2014];17(5):479-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252001000500012&lng=es

Recibido: 24 de julio de 2015

Aprobado: 2 de septiembre de 2015

Antonio Ángel Llaguno Concha . Hospital General Docente “Mártires del 9 de Abril”. Sagua la Grande. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: llaguno@hospisag.vcl.sld.cu