

## **CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE FERTILIDAD DE AGRUPACIÓN CLÍNICA. REVISIÓN DEL PERIODO 2009-10.**

**Concepción Medialdea<sup>1</sup>, Jose Ángel Mínguez<sup>2</sup> y David Vera<sup>3</sup>. Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC). Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). Valencia. España. E-mail: [info@ivaf.org](mailto:info@ivaf.org)**

### **Resumen**

En la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos en equipo el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), el Departamento de Ginecología y el Departamento de Urología. La coordinación de la UFAC corre a cargo del IVAF. En Agrupación Clínica de Valencia se reúnen muchas especialidades médicas por lo que los pacientes que acuden a una consulta en concreto se pueden beneficiar de las ventajas de una atención multidisciplinar. En la UFAC atendemos a matrimonios que acuden por infertilidad así como a novios y matrimonios que acuden para posponer o evitar el embarazo en diversas situaciones y circunstancias y les ofrecemos a todos atención clínica al tiempo que les enseñamos a reconocer sus periodos de posible fertilidad con ayuda de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), las ventajas de la continencia periódica, así como a asumir con responsabilidad y conocimiento de causa su tarea de paternidad.

### **Introducción**

En la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos en equipo el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), el Departamento de Ginecología y el Departamento de Urología para atender a matrimonios que precisan posponer el embarazo así como a matrimonios que desean lograrlo y ello desde el máximo respeto de la persona aunando el estudio de los signos biofísicos con la atención clínica y el tratamiento médico.

Cuando ocurre un embarazo durante la estancia de un matrimonio en nuestra unidad, lo sentimos como un logro de la UFAC y una alegría para todo el equipo. Pero también consideramos un éxito que un matrimonio que no haya logrado el embarazo al momento de salir de nuestra unidad, sin embargo haya aprendido a aceptar su situación de infertilidad. Entre éstos algunos se deciden por la adopción, otros encuentran lugares donde prestar un servicio de paternidad espiritual y otros descubren que el hecho de no tener un hijo de momento o tal vez de no tenerlos en adelante tiene sentido en su vida y circunstancias. Asimismo, es un logro de la UFAC que matrimonios que han llegado a nosotros después o durante un tratamiento de fecundación artificial (IA, FIV o ICSI en alguna de las variantes de estas técnicas)<sup>4</sup> entiendan, durante su paso por nuestra unidad, que lo mejor para su hijo es comenzar

---

<sup>1</sup> La doctora Concepción Medialdea, especialista en fertilidad humana, coordina actualmente el ivaf y la ufac.

<sup>2</sup> El doctor Jose Angel Mínguez, especialista en ginecología, coordina actualmente el departamento de ginecología de AC.

<sup>3</sup> El doctor David Vera, especialista en urología, coordina actualmente el departamento de urología de AC.

<sup>4</sup> Nos referimos aquí a la Inseminación Artificial (IA), Fecundación In Vitro (FIV) e Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).

su vida dentro de su madre y en relación con el acto sexual de sus padres, y que matrimonios que vienen a la UFAC como primer paso en su búsqueda del embarazo entiendan bien los motivos médicos y humanos por los que nosotros no realizamos técnicas de fecundación artificial, y en función de ello decidan no ir más allá de los tratamientos razonables que ayudan al acto sexual y a la fecundación fisiológica.

Por otra parte, está entre los aciertos de la UFAF que quienes acuden para posponer o evitar el embarazo lo logren con nosotros mediante el recurso a los MRF y continencia periódica, pero es también un éxito de nuestra unidad contribuir con ello al crecimiento del amor conyugal y al bien matrimonial y familiar así como a evitar abortos relacionados con el uso de algunos anticonceptivos o con el olvido del sentido de paternidad presente y generalizado en nuestra sociedad propiciado por la generalización de la práctica anticonceptiva. En la UFAC no realizamos ni aconsejamos a nadie nunca que recurra a la anticoncepción ni a las técnicas de fecundación artificial por muy excepcionales o difíciles que sean sus circunstancias.

Los motivos que mueven a nuestros pacientes a acudir a la UFAC, bien sea en la búsqueda del embarazo o para la evitación del mismo son en la mayoría de los casos de tipo ético mientras que algunos eligen nuestra consulta sólo por motivos médicos, ecológicos o por casualidad/providencia.

### **Características de la consulta del IVAF por infertilidad**

En general, de quienes acuden por infertilidad a nuestra consulta, un 60% rechaza la fecundación artificial desde el principio, y ese es precisamente el motivo de que acudan a nuestra consulta, mientras que un 40 % de nuestros pacientes se acerca por curiosidad o por recomendación de alguien para probar, como un primer paso antes de recurrir a técnicas de fecundación artificial o durante el descanso que les prescriben durante la realización de las mismas.

El protocolo habitual, en orden a conseguir los objetivos ya mencionados, incluye que los pacientes acudan primero a la consulta del IVAF donde se les explica el protocolo diagnóstico-terapéutico habitual: cómo trabajamos en equipo los 3 departamentos, qué tratamientos realizamos y cuáles no y por qué y a continuación, si están de acuerdo en continuar en nuestra unidad, les hacemos las preguntas oportunas para conocer su historia clínica y humana y valoramos en qué punto se encuentran para dirigirles a la primera consulta con el ginecólogo y con el urólogo a cada uno en el momento oportuno.

Esta primera consulta con el IVAF tiene una duración de entre 60 y 90 minutos y durante la misma revisamos datos relativos a su estado de salud y medicación, les preguntamos si tienen analíticas recientes y/o han recibido anteriormente algún tratamiento para la infertilidad en otro/s centro/s médico/s. Les explicamos el proceso que vamos a seguir en adelante en su caso concreto a la vista de su historia y pendiente de lo que añadirán más adelante tanto el ginecólogo como el urólogo así como de su evolución, les enseñamos a observar y a anotar los signos biofísicos del funcionamiento ovárico en el gráfico sintotérmico así como los motivos por los que les pedimos que lo hagan y ordenamos las primeras analíticas que, bajo nuestra

supervisión, serán realizadas en los momentos adecuados gracias a la observación de su gráfico sintotérmico.

Así, para ella los análisis de hormonas, uno al inicio del ciclo ovárico y otro en plena fase lútea, se realizan tras observar el gráfico sintotérmico y decidir, en función del mismo, los momentos adecuados, y ello permite asegurar una correcta valoración del resultado. En el caso del varón, el seminograma y el cultivo de semen se realizan durante el tiempo en el cual ella se encuentra en el periodo infértil posovulatorio de su ciclo ovárico, tiempo durante el cual está sobradamente demostrado y publicado abundantemente en la literatura científica que los espermatozoides no pueden atravesar la barrera cervical aunque se mantengan relaciones sexuales y es, por tanto, el mejor momento para la recogida de la muestra de semen para analizar. Les recomendamos utilizar para la recogida de la muestra un preservativo especial sin sustancias espermicidas<sup>5</sup> que les facilita nuestro laboratorio de modo que la colecta de se logre durante el transcurso de una relación sexual.

Con el resultado de las primeras analíticas y una vez recogidos al menos uno o dos gráficos sintotérmicos que representan un reflejo del ciclo ovárico completo, desde el primer día del ciclo hasta el último, que nos proporciona información complementaria de interés para el diagnóstico y tratamiento correcto, pedimos a los pacientes que acudan a la primera consulta con el ginecólogo y con el urológico. Generalmente se realizan las dos visitas médicas en el mismo día, y a continuación, en consulta del IVAF, revisamos con ellos las recomendaciones de ambos especialistas, explicamos la pauta a seguir y nos ponemos a su disposición para guiarles y atenderles de la forma más cercana posible durante todo el tiempo que permanezcan en nuestra unidad o en contacto con nosotros y ello a través de teléfono, FAX o Internet. Cuidamos todos los detalles que pueden facilitar el embarazo, así como brindamos la mejor atención humana y clínica posible. Al cabo de un tiempo prudencial les citamos de nuevo para una segunda consulta del IVAF durante la cual revisamos su situación y su gráfico y les brindamos nueva guía y orientación en función de lo observado y ocurrido hasta entonces.

Puesto que en ningún caso realizamos IA o FIV, ello supone que todos nuestros pacientes que logran el embarazo engendran a su hijo mediante sus relaciones sexuales, su hijo surge a la vida como fruto del acto sexual conyugal y siempre, por tanto, dentro del seno materno. Hablamos con nuestros pacientes para que se den cuenta de que, si vienen buscando ser padres, han de serlo verdaderamente, deben pensar en el bien de su hijo, de aquel a quien quisieran engendrar, antes que en su propio bien, ello es propio de la paternidad responsable. Les decimos que el hijo sólo es bien tratado en el momento de su concepción cuando está solo en manos de sus padres y de Dios. Les explicamos que la paternidad responsable requiere realizar cada acto sexual acogiendo al hijo que podría ser engendrado así como cuidar de que el hijo no sea nunca producido por otros que no son sus padres ni surja a la vida por causa distinta del abrazo conyugal.

---

5

Clasificamos los gráficos sintotérmicos de las pacientes registrando en cada caso si se observa fase preovulatoria demasiado larga, de duración irregular o de duración demasiado corta. Reflejamos la duración del sangrado menstrual así como si es muy abundante, abundante, escaso o muy escaso y si hay spotting o sangrado intermenstrual. Registramos si se ha observado o no moco elástico transparente o sensación de mojada o de lubricada y si ello ha ocurrido de forma demasiado puntual o bien demasiados días. En cuanto a las anotaciones de temperatura basal diaria registramos si la temperatura es demasiado baja, demasiado alta o con oscilaciones bruscas durante la fase preovulatoria. Además si durante la fase posovulatoria la temperatura ha subido poco, no sube en absoluto o si después de subir presenta caídas. Si la temperatura es más alta al inicio del ciclo, durante la menstruación, para bajar después y mantenerse en un nivel más bajo hasta la ovulación.

De momento, aprovechamos la observación del gráfico sintotérmico para pautar las pruebas analíticas, para recomendar la frecuencia y pauta de relaciones sexuales tanto en ciclos sin tratamiento como en ciclos con tratamiento para estimular la ovulación, para sospechar algunas alteraciones del sistema genital femenino como endometriosis, quiste o poliquistosis ovárica, insuficiencia del desarrollo folicular, insuficiencia de cuerpo lúteo, déficit de estrógenos o alteraciones del cociente estrógenos/progesterona entre otros<sup>6</sup>. El gráfico sirve además a los propios pacientes para decidir por sí mismos los días adecuados para las relaciones sexuales, para ser más autónomos y para comprender mejor el diagnóstico y tratamiento que se les aplica.

No obstante, somos conscientes de que tenemos aún pendiente dedicarnos a un estudio más detallado de todas las anomalías que quedan reflejadas en los gráficos porque, si lo hiciéramos, creemos que podrían proporcionarnos muchas más pistas para el diagnóstico así como para el tratamiento adecuado y más personalizado de cada mujer concreta.

### **Características de la consulta del IVAF para reconocimiento de la fertilidad aplicado a la paternidad responsable**

Pueden acudir novios y matrimonios en diversas situaciones en función de su tarea de paternidad para aprender los MRF y la continencia periódica y poder tener a sus hijos en los momentos que consideren más adecuados a lo largo de su vida conyugal en función de las circunstancias que van cambiando. Lo aprendido les servirá en adelante, a veces para posponer el embarazo, otras veces para buscarlo y siempre como autoconocimiento y recordatorio de su tarea de paternidad.

No obstante, si bien lo ideal sería que acudiera la mayoría en la etapa de noviazgo o en una etapa lo más inicial posible de su matrimonio, sin embargo es mucho más frecuente que estos pacientes acudan por primera vez cuando se encuentran en una situación concreta de cierta urgencia en la que consideran que tienen que posponer o evitar el embarazo (95%).

---

<sup>6</sup> Cfr. J.I Sánchez-Méndez (1997). "Aplicaciones de los métodos naturales de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad". Act Obst Ginecol 9 (5): 237-243.

En la evitación del embarazo mediante la continencia periódica con ayuda de los MRF, en general, la situación más frecuente que atendemos es la situación de posparto, alrededor del 60 % de los casos. Algunos acuden por primera vez siendo novios y acuden de nuevo después del primer parto, y cada vez que tienen un hijo, buscando evitar el embarazo durante dicho periodo posparto con o sin lactancia materna. En los últimos años, atendemos más casos por motivo de cesárea, y de vez en cuando por alguna otra complicación relacionada con el parto. Con menor frecuencia, atendemos la situación de premenopausia (30 %) y de vez en cuando situaciones de enfermedad que precisan tratamiento medicamentoso que supone un riesgo grave para la salud o la vida del embrión o feto o bien situaciones de enfermedad que pone en riesgo grave la salud o la vida de la madre si quedase embarazada (5%). También acuden novios y matrimonios en situación normal que buscan posponer el embarazo durante algún tiempo por circunstancias diversas sin relación con la salud (5 %).

Nuestros pacientes aprenden el método sintotérmico de doble comprobación al tiempo que aprenden a manejar la continencia sexual. Tienen que aprender a observar, anotar e interpretar los signos biofísicos del funcionamiento ovárico en orden a determinar con precisión los límites de sus periodos fértiles e infértiles, es decir a reconocer con competencia su co-fertilidad, pero también tienen que educarse. Han de valorar y practicar la continencia sexual de mutuo acuerdo y lograr el suficiente autodominio para poder asumir su co-responsabilidad procreativa y realizar su tarea de co-paternidad a lo largo de su vida matrimonial en las variadas circunstancias de la misma.

Así, quienes acuden con el propósito de posponer temporalmente el embarazo o de evitarlo de modo indefinido, lo posponen o evitan mediante la continencia durante el periodo de posible fertilidad del ciclo ovárico determinado tras aplicar las reglas de los MRF, de modo que realizan todos sus actos sexuales conyugales con significado unitivo y procreador. Esto es así porque cuando se abstienen durante los periodos que reconocen como de posible fertilidad lo hacen en función de su responsabilidad y tarea de paternidad, se saben padres cuando se abstienen y esa abstinencia viene requerida por motivos relacionados con el bien de su familia y por tanto la realizan por amor y responsable paternidad. Cuando realizan sus actos sexuales durante los periodos que han reconocido como infértiles, los realizan también con amor y sentido de paternidad, esperan que no ocurra un embarazo pero acogen al mismo tiempo al hijo que podría surgir a la vida a pesar de limitar las relaciones sexuales a los periodos infértiles del ciclo. No hacen nunca nada añadido durante sus actos sexuales, o referido a los mismos, que impida la concepción, la implantación o la gestación.

Esto es así, pero hay que lograr que se den cuenta y ayudarles a reforzar esta convicción. El hecho de que refuercen su sentido de paternidad y entrega y que descubran la continencia periódica como un camino de virtud que logrará que cada uno llegue a ser mejor persona y que en consecuencia mejore también su relación interpersonal es una clave fundamental. No hay que olvidar que la continencia no sólo es necesaria en muchos momentos de la vida conyugal por diversos motivos, sino que es conveniente, en el sentido de que el modo de comportarse que se sitúa bajo su guía capacita para «ver al otro», estar más atento a su bien y necesidades, ser más delicado

y respetuoso en el trato con el cónyuge así como ver y respetar, acoger al hijo, estando más disponible a aumentar la familia.

Hemos referido en la introducción que la mayoría de nuestros pacientes expresan a su llegada que acuden a nuestra consulta principalmente por motivos éticos, y tienen razón porque se trata efectivamente de ética del acto sexual conyugal o ética de la vida. Nuestra experiencia es que quienes vienen sólo por motivos ecológicos es difícil que perseveren en esta elección salvo que descubran que es el único modo ético y coherente de comportarse, el único que contribuye a su mejora y enriquecimiento personal, matrimonial y familiar. Por otra parte, quienes entienden y viven éticamente su sexualidad siempre ven al hijo como «su hijo» y lo acogen con alegría a pesar de las dificultades que se presentan ante un embarazo inesperado y hemos constatado que al paso del tiempo refieren que los sacrificios requeridos han contribuido a fortalecer el amor conyugal.

### **Revisión del periodo comprendido entre marzo de 2009 y julio de 2010**

Durante este periodo han acudido por primera vez a la consulta de la UFAC 41 pacientes, 25 por motivo de infertilidad y por lo tanto buscando el embarazo y 16 buscando posponerlo durante algún tiempo o por tiempo indefinido. Entre los pacientes por infertilidad de Agrupación Clínica, recogemos aquí sólo aquellos que han acudido por primera vez en este periodo a la consulta de reconocimiento de la fertilidad del IVAF y que han sido atendidos siguiendo el protocolo de la UFAC y por lo tanto con el trabajo en equipo de los 3 departamentos coordinado por el IVAF. Durante este mismo periodo, algunos otros pacientes han acudido por infertilidad a Agrupación Clínica pero sólo a la consulta de ginecología, o sólo a la consulta de urología, o sólo a las consultas de ginecología y urología, y estos no son recogidos aquí.

Por otra parte, el IVAF ha enseñado durante este mismo periodo los métodos para reconocer la fertilidad fuera de Agrupación Clínica, tanto para la búsqueda de embarazo, como para posponerlo como por autoconocimiento, en lugares distintos de la UFAC, se trata de usuarios externos, de alumnos del master de matrimonio y familia del Pontificio Instituto Juan Pablo II-Universidad Católica de Valencia, de alumnos de los cursos sabe educadores del IVAF o bien de futuros monitores que aprenden con nosotros de forma presencial o bien a distancia. Éstos tampoco se han recogido en este estudio.

### **Descripción de los pacientes por infertilidad**

Acuden a la UFAC por motivo de infertilidad y por primera vez durante el periodo en estudio 25 pacientes, uno queda fuera del estudio tras la primera consulta porque entendemos y les transmitimos que no podemos ayudarles a conseguir el embarazo mediante el protocolo de la UFAC, así pues les hemos ofrecido consejo dirigido a la aceptación de su situación y a la posibilidad de ejercer en adelante una paternidad espiritual. Vamos a relatar a continuación algunos detalles personales y de seguimiento de 24 pacientes por infertilidad que acuden por primera vez durante este periodo.

**Figura 1:** Pacientes que acuden por primera vez por infertilidad entre marzo de 2009 y julio de 2010

Nº	ENTRADA	EDAD M	EDAD V	TPO BE	TIPO INF	HIJOS M	HIJOS V	ABORT
1	06/03/2009	34	34	40 meses	PRIM	no	no	no
2	13/03/2009	30	27	24	PRIM	no	no	no
3	16/04/2009	39	36	28	PRIM	no	no	no
4	30/04/2009	38	39	19	PRIM	no	no	no
5	11/05/2009	26	27	24	PRIM	no	1	no
6	15/06/2009	36	39	12	PRIM	no	no	no
7	13/07/2009	26	28	33	PRIM	no	no	no
8	23/07/2009	30	39	18	PRIM	no	no	no
9	03/09/2009	33	36	60	PRIM	no	no	no
10	17/09/2009	32	31	3	PRIM	no	no	no
11	19/10/2009	34	34	48	PRIM	no	no	no
12	22/10/2009	37	55	4	PRIM	no	no	3
13	26/10/2009	33	35	62	PRIM	no	no	no
14	09/03/2009	30	29	36	PRIM	no	no	no
15	09/07/2009	34	34	14	PRIM	no	no	no
16	23/11/2009	37	44	46	PRIM	no	no	no
17	22/02/2010	33	33	55	PRIM	no	no	no
18	08/03/2010	27	28	48	PRIM	no	no	no
19	26/03/2010	37	45	21	PRIM	no	no	no
20	10/05/2010	35	41	30	PRIM	no	no	no
21	17/05/2010	31	31	30	PRIM	no	no	no
22	31/05/2010	35	44	16	PRIM	no	no	no
23	01/07/2010	27	34	18	PRIM	no	no	no
24	27/07/2010	35	34	60	PRIM	no	no	no

La edad media de las mujeres es de 33 años, estando 4 mujeres en la decena de los 20, la más joven de 26 años, y el resto en la decena de los treinta, la más mayor de 39 años. La edad media de los varones es de 36 años, el más joven de 27 años, 5 en la decena de los 20, 14 en la decena de los 30, 4 en la decena de los 40 y siendo el más mayor de 55 años. Cuando entraron en la UFAC llevaban buscando el embarazo una media de 31 meses (rango entre 3 y 62 meses).

En todos los casos que relatamos aquí se trata de una esterilidad primaria salvo en uno, en el cual los pacientes refieren a su llegada que han sufrido 3 abortos previos con un intervalo entre los mismos de alrededor de un año. A esta paciente se le ha diagnosticado, mediante ecografía doppler color especializada, déficit de flujo uterino y está actualmente recibiendo tratamiento específico<sup>7</sup>.

Tres matrimonios reconocen a su llegada que han recibido anteriormente tratamiento/s de fecundación artificial sin éxito y nueve matrimonios nos dicen que después de un tratamiento anterior de tipo quirúrgico (endometrioma, polipos,

<sup>7</sup> Cfr. T. Habara et al. (2002). "Elevated blood flow resistance in uterine arteries of women with unexplained recurrent pregnancy loss". Human Reprod 17 (1): 190-194.

tabique, quistes) y/o para estimular la ovulación, su ginecólogo les ha derivado a IA/FIV, pero ellos se han animado a acudir primero a nuestra consulta aconsejados por algún conocido o familiar o por dudas de tipo ético si bien reconocen que no descartan tratamiento de fecundación artificial posterior. El resto no ha recibido ningún tratamiento por infertilidad anterior en el momento de acudir a su primera visita por infertilidad a nuestra consulta y manifiestan que no recurrirían en ningún caso a la fecundación artificial.

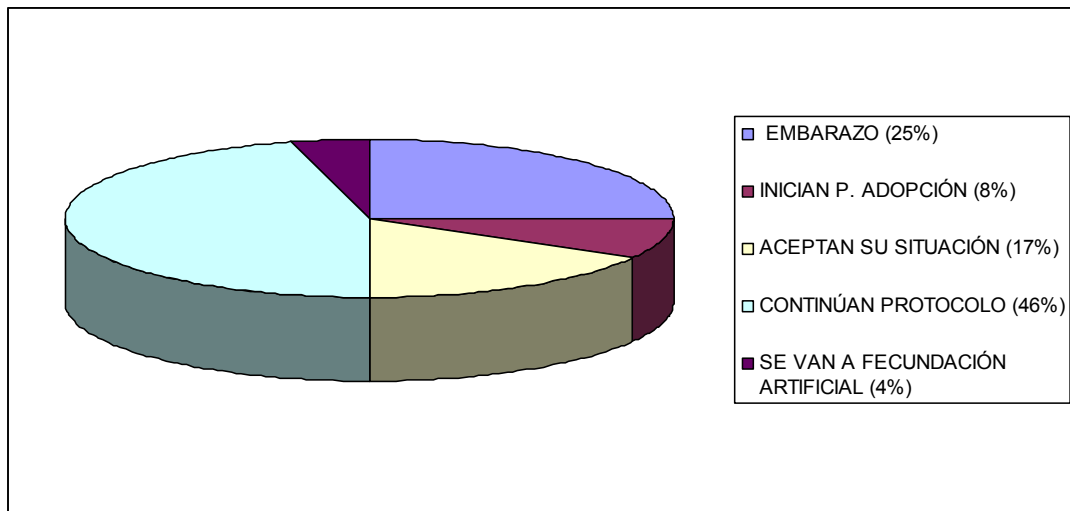
En 4 de los matrimonios, ella o él padece depresión y está recibiendo tratamiento específico diario, se comprueba en estos casos antes de iniciar el protocolo diagnóstico terapéutico de la UFAC que el psiquiatra/especialista en medicina psicosomática que le trata conoce que están buscando el embarazo y además revisamos la posible interacción de su medicación en la fertilidad. 9 matrimonios refieren a su llegada mucho stress por motivos de trabajo. La mayoría de las mujeres son licenciadas o diplomadas (17), y el resto posee algún grado de formación profesional, 21 ejerce actualmente su profesión. De los varones, 15 son licenciados o diplomados y el resto posee algún grado de formación profesional, todos ejercen actualmente su profesión.

Referimos las pruebas que se ordenan en nuestra unidad a todos los pacientes de forma sistemática y por lo tanto también a estos, a la mujer la citología, ecografías vaginales, histerosalpingografía, análisis de hormonas: foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, estrógenos, progesterona, testosterona así como la ferritina. Otras determinaciones sólo se ordenan en casos particulares durante o tras la consulta ginecológica. Para él solicitamos siempre el seminograma, uno o varios, y un cultivo de semen. Y otras pruebas o determinaciones sólo en función de cada caso particular durante, o tras la consulta urológica.

### **Resultados de los pacientes por infertilidad**

Entre los 24 pacientes, marido y mujer, que han acudido por primera vez a nuestra consulta por infertilidad entre marzo de 2009 y julio de 2010, en 12 de ellos se han producido ya cambios significativos que son motivo de alegría. 6 han logrado el embarazo. Además hay 2 pacientes que están iniciando el proceso de adopción si bien siguen teniendo esperanzas de conseguir el embarazo más adelante. Mientras que 4 de los pacientes que al llegar tenían la intención de recurrir a la fecundación artificial si no lograban pronto el embarazo en nuestra unidad y que venían con un alto nivel de ansiedad han manifestado ya la aceptación de su situación y su determinación de no recurrir en adelante a las técnicas de fecundación artificial aunque no lograsen el embarazo. Unos pacientes nos dejaron recientemente y decidieron acudir a tratamiento por FIV.



**Figura 2:** Acontecimientos más significativos hasta octubre de 2010

En cuanto al resto de los 24 pacientes, varón y mujer, que han entrado durante este periodo, 11 pacientes, siguen adelante con el protocolo diagnóstico terapéutico así como con el seguimiento personalizado y asesoramiento propio de la UFAC, de modo que hay que esperar futuros acontecimientos aún por ocurrir, sobretodo teniendo en cuenta que algunos de ellos han entrado en nuestra unidad hace pocos meses. Hemos comenzado un estudio clínico en el que han entrado 3 de estos 11 pacientes. Tratamos de mejorar en la mujer la calidad y cantidad de moco fértil estimulando con tratamiento de estriol en óvulos vaginales, el estudio es aún muy inicial y daremos cuenta de los resultados en futuros congresos.

En la UFAC seguimos a los pacientes durante un tiempo largo, sin prisa y por pasos, siempre atentos en la coordinación a todos los detalles y escuchando tanto a los pacientes como a los distintos especialistas de modo que se trata de un tratamiento muy personalizado. En general, damos un tiempo para el aprendizaje en las anotaciones e interpretación del gráfico sintotérmico y empezamos por investigar y/o subsanar aquellas anomalías que se detectan desde el principio en las analíticas y/o en la gráfica. Como seguimos regularmente nuestros pacientes, vamos observando sobre la marcha algunos detalles relativos al gráfico, a su pauta de relaciones sexuales y a su estilo de vida y como consecuencia les hacemos observaciones y recomendaciones al respecto. Si no ocurre el embarazo, se inicia un nuevo tratamiento médico acordado por los distintos especialistas o se modifica el anterior, para ella, para él o para ambos al tiempo que comprobamos si hay cambios significativos en el gráfico.

Es difícil saber, al ocurrir un embarazo, cuál de estas actuaciones ha sido la más decisiva y puede ser la suma de varias. Por otra parte, a veces parece que el embarazo tendría que ocurrir y sin embargo no ocurre y otras veces que nos parecía mucho más difícil ocurre sin embargo cuando menos lo esperamos. Seguimos investigando y trabajando en equipo, pero no lo sabemos todo ni mucho menos y además Dios actúa cuando y como quiere.

Los tratamientos médicos que aplicamos con más frecuencia en función de cada caso, variando las dosis en función de las circunstancias particulares, y prescribiendo en unos casos uno y en otros casos otro u otros y además empezando siempre por la actuación menos agresiva y de forma escalonada son: para ella aportes vitamínicos y minerales en función de cada caso, tratamientos bactericidas o antibióticos, progesterona, cabergolina, metformina, clomifeno, HCG inyectada, tratamiento local a nivel vaginal con estriol. Y para él aportes vitamínicos, minerales, y aminoácidos en función de cada caso, tratamiento antibiótico, testosterona en distintas formas medicamentosas, acetil cisteína, tamoxifeno o clomifeno.

### **Pacientes que han acudido buscando posponer o evitar el embarazo: Descripción y resultados de una encuesta**

Acuden a la UFAC por primera vez durante este periodo de estudio 16 pacientes, varón y mujer, para posponer el embarazo durante un tiempo concreto o de forma indefinida. 5 pacientes, varón y mujer, acuden en periodo de premenopausia de ella teniendo ellas entre 37 y 47 años. Otros 5 pacientes, varón y mujer, acuden en periodo de posparto, 2 con lactancia artificial y 3 con lactancia materna completa, 2 de ellas han tenido un parto por cesárea. Unos pacientes acuden porque ella tiene cáncer de mama y está en tratamiento con tamoxifeno desde hace 2 años. 2 pacientes, varón y mujer, vienen por estar pasando una crisis de pareja y/o depresión severa acudiendo al mismo tiempo a la consulta especializada de orientación familiar así como a la de medicina psicosomática en uno de los casos. Mientras que 3 pacientes, varón y mujer, son novios que vinieron entre 1 y 6 meses antes de la boda y que quieren posponer el embarazo durante unos meses al inicio de su matrimonio por motivos de estudio o trabajo.

**Figura 3:** Pacientes que acuden por primera vez para posponer el embarazo entre marzo de 2009 y julio de 2010

Nº	FECHA	EDAD M	EDAD V	SITUACIÓN	GRADO SATISFACCIÓN
1	29/03/2009	47	56	PREMENOPAUSIA	MUY SATISFECHOS
2	30/04/2009	34	34	POSPARTO	MUY SATISFECHOS
3	14/05/2009	27	27	POSPARTO	SATISFECHOS
4	28/05/2009	36	41	CÁNCER MAMA	MUY SATISFECHOS
5	28/05/2009	27	29	POSPARTO	SATISFECHOS
6	01/06/2009	29	30	NOVIOS	MUY SATISFECHOS
7	18/06/2009	38	35	POSPARTO	MUY SATISFECHOS
8	03/09/2009	33	33	POSPARTO	MUY SATISFECHOS
9	21/09/2009	38	41	PREMENOPAUSIA	MUY SATISFECHOS
10	22/10/2009	37	55	NOVIOS	MUY SATISFECHOS
11	28/12/2009	45	42	PREMENOPAUSIA	MUY SATISFECHOS
12	25/02/2010	45	45	PREMENOPAUSIA	SATISFECHOS
13	14/06/2010	33	34	CRISIS+DEP	MUY SATISFECHOS
14	24/05/2010	32	34	DEPRESIÓN	SATISFECHOS
15	28/06/2010	22	25	NOVIOS	SATISFECHOS
16	27/09/2010	37	50	PREMENOPAUSIA	MUY SATISFECHOS

A los 16 pacientes, varón y mujer, todos casados, les hemos preguntado sobre su grado de satisfacción, de ella, de él y de ambos así como les hemos pedido que traten de expresar o describir algunos de los efectos que tiene o ha tenido en su vida el aprendizaje de los métodos de reconocimiento y la práctica de la continencia periódica que va aparejada. No hemos obtenido respuestas concretas fáciles de clasificar y por eso no las hemos reflejado de modo esquemático, pero las resumimos a continuación. Todos han afirmado que en general están satisfechos o muy satisfechos de haber realizado este aprendizaje y de aplicarlo en su vida y todos están agradecidos por el trato recibido y/o por nuestra constante disponibilidad. En general, manifiestan que la continencia no es fácil, algunos dicen que es muy difícil, en algunos casos expresan que a ella le cuesta más porque tiene que abstenerse en el momento en que más le apetece por efecto de las hormonas. En otros casos expresan que a él le cuesta más la abstinencia y acoplarse a las observaciones de ella. En general manifiestan que la práctica de la continencia cuesta pero que tienen claro que es para bien, y están animados a seguir adelante mientras necesiten posponer el embarazo por la causa actual o más adelante en futuros periodos de su vida.

Entre los más mayores, estando ella actualmente en periodo de premenopausia, 2 de ellos explican lo mismo, cada uno en conversación particular y sin tener ninguna relación. En ambos casos expresan que esto ya lo han aprendido antes y que lo han aplicado en distintas ocasiones a lo largo de su vida, si bien ahora vienen por primera vez a una consulta clínica por los cambios físicos que presentan en función de la edad y que pueden representar cierta dificultad añadida. Explican que después de todo lo pasado juntos, uno de los matrimonios tiene 5 hijos y el otro 4 hijos y 3 abortos, se dan cuenta, y lo han comentado entre ellos en diversas ocasiones, que el sacrificio ha valido la pena, el que conlleva tener a los hijos y educarlos y el que conlleva la aplicación de los MRF y la continencia periódica. Manifiestan ambos que al principio lo hacían así porque se fiaban pero después han comprobado que ese comportamiento ha tenido que ver con que ahora su *cariño* mutuo *es más consistente* expresa uno de los matrimonios, *es mejor nuestra entrega* ha expresado el otro. Algunos de los comentarios expresados por el resto de los matrimonios son los siguientes: *Tenemos que estar de acuerdo, se crece en fortaleza, no se perjudica ninguno, hay que hablar en frío sobre la causa de hacerlo así para después tenerlo claro, mejora la calidad de dedicación al otro, nos ayuda en la educación de nuestros hijos...*

### **Conclusión**

Durante este periodo hemos seguido atendiendo a otros pacientes que no se reflejan aquí porque algunos siguen en contacto esporádico con nosotros pero vinieron por primera vez hace muchos años, algunos acuden cada vez que nos necesitan y otros se ponen en contacto con nosotros de vez en cuando para consultas principalmente a través de Internet.

Queremos terminar transmitiendo nuestra gran satisfacción por poder trabajar en el campo de la fertilidad y sexualidad humana, enseñando a reconocer la fertilidad, no sólo los signos biofísicos del funcionamiento ovárico sino también la tarea de paternidad responsable y la castidad como virtud. Es un privilegio poder dedicar

nuestros esfuerzos a esta tarea aunando la aplicación de la medicina y de la farmacia junto con las observaciones del gráfico sintotérmico, trabajando en equipo los departamentos de urología, ginecología y el IVAF así como de vez en cuando con otros departamentos, en especial el de medicina psicosomática o el de orientación familiar. Aunar esfuerzos y saberes y ponerlos al servicio de los demás es verdaderamente un placer. Con esto bastaría, pero además está el agradecimiento de los pacientes. Quienes acuden a nuestra consulta, a pesar de la presión externa que empuja a recurrir a la anticoncepción o a la fecundación artificial, son en su mayoría personas con una gran calidad humana que saben mostrar su agradecimiento.

Ofrecemos conjuntamente ciencia y ética, atención personalizada extensa y cercana en 1) el tratamiento de la infertilidad, donde manejamos el gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico específico dirigido a mejorar el factor femenino, el factor masculino y la integración de ambos para facilitar la concepción en el seno materno como fruto de los actos sexuales de los esposos-padres, y 2) para posponer el embarazo por un tiempo o de forma indefinida, donde junto con la guía en la interpretación del gráfico transmitimos la importancia de vivir la continencia y la paternidad responsable como virtudes. Completamos la atención en consulta con la atención clínica a distancia a través de las nuevas tecnologías para evitar consultas innecesarias y para realizar las revisiones con la frecuencia oportuna según cada caso, lo que favorece la motivación.

En cuanto a proyectos de futuro quisiéramos añadir que ha sido en occidente donde se han descubierto los cambios del moco cervical y de la temperatura basal relativos al desarrollo folicular, ovulación y cuerpo lúteo pero es en oriente, en especial algunos especialistas en medicina tradicional china, donde están observando con paciencia estos cambios y sacando más partido a estas observaciones. En la UFAC sabemos que esto es una tarea pendiente que tenemos que abordar lo antes posible y esperamos poder aportar avances al respecto en los próximos congresos de reconocimiento de la fertilidad<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Cfr. Jane Lyttleton. *Tratamiento de la infertilidad con medicina china*. Elsevier Masson, Barcelona 2009.