



PROGRAMA ONLINE TUINSTAGINE · EJEMPLO ANONIMIZADO DE VALORACIÓN DE CASO POR EMAIL

Estudio de fertilidad en pareja

Estudio inicial de fertilidad en pareja · Resumen de historia, pruebas aportadas, valoración fisiopatológica y resolución de dudas por email. Caso real con datos identificativos eliminados.

PACIENTE

38 años

PAREJA

34 años

MOTIVO DE LA CONSULTA

Búsqueda de embarazo sin gestación desde noviembre de 2025 (~10 meses). Derivadas a su unidad de esterilidad de referencia; en lista de espera de FIV, con solicitud de histerosalpingografía.

CUESTIONARIO RECIBIDO

9 de septiembre de 2026

FECHA DE ESTA RESPUESTA

10 de septiembre de 2026

PRUEBAS REVISADAS

Paciente: analíticas 13/01, 27/07 y 26/08/2026 (bioquímica, hematología, hormonal, serología) · Pareja: seminograma y serología 15/07/2026

PUNTO DE PARTIDA

Resumen del caso y motivo de consulta

La paciente (38 años) y su pareja (34 años) llevan en búsqueda de embarazo desde noviembre de 2025 (~10 meses en total), pero conviene matizar los tiempos: el seguimiento consciente y dirigido de la ventana fértil —con test de ovulación en orina— arrancó en abril de 2026, es decir, hace unos 5 meses. Los primeros meses (noviembre 2025–marzo 2026) fueron de búsqueda sin control de ovulación, lo cual es relevante porque no equivalen, en términos de probabilidad acumulada, a 10 meses de intentos bien orientados a la ventana fértil.

En febrero de 2026 la paciente se realizó una revisión ginecológica completa y una analítica con su médico de cabecera; en ambos casos se le indicó que "todo estaba bien", sin orientación adicional. En julio de 2026 acudieron a la consulta de salud reproductiva de su centro de salud, donde recibieron el mismo mensaje genérico, y fueron remitidos al departamento de Esterilidad de su hospital de referencia. Allí les han incluido en lista de espera de FIV y le han solicitado una histerosalpingografía (HSG), programada para la próxima regla en septiembre.

Es un patrón que veo con frecuencia y que quiero nombrar explícitamente: habéis pasado por varias valoraciones "todo normal" sin que nadie os diera una lectura conjunta de la pareja, un plan de suplementación razonado, ni una explicación de por qué diez meses de búsqueda a los 38 años (cinco de ellos ya con seguimiento dirigido de la ventana fértil) merecen un ritmo distinto al de una pareja de 28. Ese es el objetivo de este informe: unir lo que ya tenéis (cuestionario, analíticas, seminograma) en una lectura clínica completa, explicaros el porqué fisiopatológico de cada hallazgo, y responder con detalle a las cinco dudas que planteasteis.

Un apunte de partida importante: con tu edad (38 años) las guías de referencia en reproducción (ASRM, SEF) recomiendan adelantar el estudio de esterilidad a los 6 meses de búsqueda sin resultado, en lugar de esperar los 12 meses habituales por debajo de los 35. Con 10 meses ya transcurridos, el ritmo que lleváis —derivación ya hecha, estudio en marcha— es el correcto; lo que falta, como veréis más adelante, es completarlo por la parte masculina y afinar algunos puntos por la tuya.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente — antecedentes y estilo de vida

Antecedentes personales

Sin enfermedades crónicas relevantes. Meningitis a los 3 años sin secuelas descritas; amigdalectomía en la misma época. Queloide en el lóbulo de la oreja operado en 2025 con braquiterapia complementaria, tras 8 años de tratamiento con corticoides tópicos. Alergias ambientales a perros, gatos, polvo y olivo (convive con dos perros sin problemas actualmente); sin alergias medicamentosas conocidas. Vacunas al día, incluida pauta de VPH (no recuerda cuál) y COVID-19 (3 dosis). Antecedentes familiares: ictus en la abuela paterna a los 59 años y cáncer de colon en una tía paterna (diagnóstico reciente, septiembre 2026); sin antecedentes familiares ginecológicos ni obstétricos conocidos.

Hábitos y estilo de vida

Duerme 6-7h/noche entre semana, con calidad subjetiva media (5-6/10), latencia de sueño prolongada (>30 min) y un patrón variable de descanso (algunos días con pesadillas). Activa físicamente: bicicleta (~8km) y entrenamiento funcional 3 días/semana, 6.000-8.000 pasos/día. Alimentación pescetariana (15 años vegetariana, incorporó pescado hace 3-4 años), con buena base de comida real entre semana pero consumo frecuente de ultraprocesados y dulce, especialmente en fase premenstrual y fines de semana. Cuenta calorías desde hace un año por trabajo de composición corporal, proceso que describe como generador de ansiedad y que decidió finalizar en mayo/junio de 2026. Antecedente de SIBO diagnosticado y tratado con antibióticos hace 3 años. Sin síntomas digestivos relevantes actualmente (Bristol tipo 4). No fuma, no ha probado nunca tabaco ni otras drogas; consumo de alcohol muy ocasional y reducido desde el inicio de la búsqueda de embarazo (aprox. una consumición cada 2-3 meses). Exposición habitual a polución urbana y a calor en el entorno laboral; refiere haber reducido de forma activa la exposición a disruptores endocrinos en el hogar y en cosmética en los últimos meses. Suplementación actual: Yodocefol (ácido fólico + yodo, pautado por su médico de cabecera), Preciclovit (MUSA) —vitamina B6 y aceite de onagra— los 10 días previos a la regla para síndrome premenstrual, y melatonina puntual para el sueño.

Salud mental y gestión del estrés

Diagnóstico de trastorno ansioso-depresivo en 2022-2023, tratada con fluoxetina 20mg y, tras mala tolerancia (pesadillas) a triptizol, con lexatín 3mg. En marzo de 2026, motivada por la búsqueda de embarazo, decidió suspender la fluoxetina por iniciativa propia, con supervisión de su médico de cabecera (el neuropsiquiatra que la diagnosticó y pautó la medicación se ha jubilado). Describe un curso escolar 2025-2026 de alta exigencia emocional (alumnado con discapacidad, un caso de agresividad física sostenida) y una carga de ansiedad de base independiente del contexto laboral. Hace terapia de forma continuada desde los 18 años;

actualmente sigue psicoterapia especializada en perinatal desde julio de 2026, con mejoría notada. Refiere que la propia búsqueda de embarazo le genera angustia significativa desde el primer mes.

HISTORIA CLÍNICA

Pareja — antecedentes y estilo de vida

Antecedentes personales

Sin enfermedades crónicas ni antecedentes familiares relevantes referidos. Cirugías: fimosis y cirugía oftalmológica (sin más detalle). Sin alergias medicamentosas conocidas; piel atópica con rosácea facial. Vacunas al día, incluido COVID-19 (2 dosis, última en 2020).

ANTECEDENTE UROLÓGICO A TENER EN CUENTA

Refiere **tres episodios de semitorsi3n testicular desde los 25 años**. Es un antecedente relevante en el contexto de un estudio de fertilidad: episodios repetidos de torsión/semitorsi3n pueden asociarse a compromiso vascular testicular progresivo y, en algunos casos, a una afectaci3n acumulativa de la espermatog3nesis a medio plazo, aunque no siempre se traduce en alteraci3n del seminograma. En 2025 se realiz3 un seminograma "para ver si haba alguna afectaci3n de la calidad del semen", con resultado descrito como bueno (sin cifras aportadas). No consta ecograf3a testicular ni valoraci3n urol3gica de seguimiento reciente asociada a este antecedente.

H3bitos y estilo de vida

Buen descanso nocturno (7-7,5h), sin dificultad para conciliar el sue3o ni cansancio al despertar. Activo: crossfit y running, 4-5h/semana. Alimentaci3n saludable, similar a la de la paciente pero con carne blanca a diario y perfil menos dulce/m3s salado. Sin s3ntomas digestivos (Bristol tipo 3). No fuma a diario (consumo ocasional, aprox. 1 cigarro cada 3 meses desde abril 2024); alcohol reducido desde enero de 2026 (media de 2 cervezas/semana). Sin consumo de otras drogas. gesti3n emocional apoyada en el deporte; describe cierto estr3s laboral en el 3ltimo curso y un periodo de estudio de oposiciones en 2025.

Suplementaci3n actual

Creatina monohidrato (Creapure), 7,5g/d3a — dosis de mantenimiento habitual en contexto deportivo, sin fase de carga.

PRUEBAS APORTADAS

Analíticas y pruebas complementarias

Paciente — hormonal y serología (27/07/2026)

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORACIÓN
TSH	1,96 µU/mL	Normal.
FSH	6,98 mUI/mL	Dentro de rango de fase folicular (3,03–8,08).
LH	4,3 mUI/mL	Dentro de rango de fase folicular (1,8–11,8).
Estradiol	47,0 pg/mL	Dentro de rango de fase folicular (21–251).
Prolactina	35,60 ng/mL	Elevada (ref. 5,2–26,5). Ver comentario en el apartado de fisiopatología — probablemente condicionada por la extracción, a repetir en condiciones basales.
Hormona antimülleriana (AMH)	0,82 ng/mL	Límite bajo del rango para su edad (35–39a: 0,78–5,24 ng/mL) — reserva ovárica algo disminuida para 38 años, aunque dentro de rango.
Serología (VIH, hepatitis B/C, sífilis)	Negativas	Sin hallazgos.
Rubéola IgG	Positivo	Inmune. No precisa vacunación.

Paciente — bioquímica, hematología, vitaminas (13/01/2026 y 26/08/2026)

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORACIÓN
Ferritina	17 ng/mL (ene) → 44 ng/mL (ago)	Buena evolución. El valor de enero era bajo para un objetivo preconcepcional (ideal >30–50 ng/mL); el de agosto ya está en un rango más cómodo.
Hemoglobina	11,6 g/dL (ene) → 11,9 g/dL (ago)	Límite bajo (ref. 12–16), con mejoría leve. Sin anemia franca, pero a vigilar en la próxima analítica.
Serie blanca (neutrófilos)	Neutropenia leve relativa en ambos controles	Hallazgo persistente y leve. El propio laboratorio lo describe como clínicamente no significativo; no requiere estudio específico salvo síntomas asociados.
Perfil lipídico, glucosa, función renal y hepática	Sin alteraciones	Normal en ambos controles.
Folato	5,0 ng/mL	Normal (ref. >2,8).
Vitamina B12	405 pg/mL	Normal (ref. 187–883).
TSH (control previo)	2,97 µU/mL	Normal. Coherente con el control de julio (1,96).

No se ha aportado analítica de vitamina D, homocisteína ni perfil de coagulación/trombofilia — útiles de completar en el estudio de esterilidad.

Pareja — seminograma (15/07/2026)

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORACIÓN
Volumen / pH	2,5 mL / 8,5	Normal.
Concentración / recuento total	75,6 mill/mL / 189 millones	Normal, con buen margen (ref. >16 mill/mL y >39 millones).
Motilidad progresiva total (a+b)	51%	Por encima del mínimo (>30%).
Progresivos rápidos (grado a)	5%	Proporción baja dentro de la motilidad progresiva — ver comentario en fisiopatología.
No progresivos (c) / Inmóviles (d)	17% / 32%	Marcados fuera de rango por el propio laboratorio (ref. impresas <1% y <20% respectivamente).
Morfología (formas ideales)	7%	Normal (ref. >4%).
Leucocitos / células de espermatogénesis en semen	Ausentes	Sin signos de infección ni inmadurez celular.
Interpretación del laboratorio	Normozoospermia	Clasificación global correcta según los parámetros estándar (volumen, concentración, recuento, morfología, motilidad progresiva total); no refleja el matiz cualitativo de la motilidad — ver fisiopatología.

Pareja — serología (15/07/2026)

PARÁMETRO	RESULTADO	VALORACIÓN
VIH, hepatitis C, sífilis	Negativas	Sin hallazgos.
Hepatitis B — antígeno de superficie	Negativo	Sin infección activa.
Hepatitis B — Ac superficie / Ac core	152 UI/L / negativo	Inmune, patrón compatible con vacunación (sin anticuerpos core, que descartaría infección pasada).

LO QUE FALTA POR COMPLETAR EN LA PAREJA

Fuera del seminograma y la serología, no contamos con ninguna analítica hormonal ni metabólica del factor masculino: testosterona, LH, FSH, prolactina, TSH, vitamina D, folato, vitamina B12, homocisteína y perfil glucémico-lipídico básico. Añadiría también un estudio de **fragmentación del ADN espermático**, especialmente indicado por el antecedente de las semitorciones testiculares — para cursarlo, podéis contactar directamente con el laboratorio **Cimab (www.cimab.es)** para coordinar el envío de la muestra. En una pareja con unos 10 meses de búsqueda (5 de ellos con seguimiento dirigido de la ventana fértil), y con el antecedente urológico que comentamos arriba, esto es una pieza que conviene cerrar cuanto antes — lo retomo en el apartado de próximos pasos.

LECTURA CLÍNICA CONJUNTA

Valoración fisiopatológica del caso

El factor edad y la reserva ovárica

Con 38 años, el factor tiempo empieza a pesar de forma real en la ecuación, aunque no haya ninguna alarma en la analítica. La AMH de 0,82 ng/mL está técnicamente dentro del rango para tu edad (0,78-5,24), pero en el extremo inferior — es decir, reserva ovárica algo disminuida para 38 años, no baja en términos absolutos. FSH, LH y estradiol basales son normales, lo que descarta una insuficiencia ovárica franca en este momento. En la práctica esto se traduce en un mensaje simple: la calidad ovocitaria y la cantidad de intentos "utilizables" por ciclo empiezan a ser limitadas, así que cada mes cuenta un poco más que hace cinco años — de ahí que no sea razonable alargar mucho más la búsqueda puramente expectante sin completar el estudio y actuar sobre lo que sí es modificable.

El manchado marrón premenstrual y la fase lútea

El spotting marrón de 1-2 días antes del sangrado rojo franco que describes es un hallazgo frecuente y tiene una explicación fisiológica concreta: en los últimos días de la fase lútea, si la progesterona empieza a descender antes de que el endometrio se desprenda de forma completa, aparece ese manchado oscuro previo — sangre "vieja" que se oxida antes de salir. Cuando es de poca cantidad y dura 1-2 días, no se considera clínicamente parte de la regla.

Dicho esto, un patrón mantenido de spotting premenstrual, en el contexto de tu edad y de una AMH en el límite bajo, es compatible con una **fase lútea algo corta o con una caída relativamente temprana de progesterona** — no es un diagnóstico cerrado con los datos que tenemos, pero sí un patrón que merece objetivarse con una analítica de progesterona en fase lútea media (aprox. 7 días después de confirmar la ovulación, no en un día fijo del calendario) en uno de los próximos ciclos. Como referencia práctica: si esa progesterona en el día +7 postovulatorio resulta **inferior a 10-12 ng/mL**, la recomendación sería iniciar una **pauta de progesterona cíclica** para alargar la fase lútea, junto con un **trabajo específico de hábitos de cuidado de la fase lútea** (gestión del estrés, sueño y ajustes nutricionales en esos días) — lo iremos viendo según el resultado.

La prolactina elevada: antes de sacar conclusiones

Una prolactina de 35,60 ng/mL (límite superior 26,5) llama la atención, pero antes de interpretarla como un hallazgo patológico hay que tener en cuenta que la prolactina es una hormona muy sensible a las condiciones de la extracción: estrés, ejercicio físico reciente, poco ayuno, cafeína, estimulación mamaria o relaciones sexuales en las 24h previas, e incluso la propia venopunción, pueden elevarla de forma transitoria y espuria. Tu TSH es normal (1,96), lo que descarta el hipotiroidismo como causa. Más allá de la extracción, la prolactina es también,

en sí misma, **un marcador sensible de estrés mantenido** — con el nivel de angustia que describes en todo el proceso, no me extrañaría que esta elevación esté reflejando precisamente eso.

Mi recomendación es repetirla en condiciones basales estrictas: en ayunas, por la mañana, tras 20-30 minutos de reposo y sin estimulación mamaria ni relaciones sexuales el día previo, antes de considerar cualquier estudio adicional (como una resonancia hipofisaria) o tratamiento. Es muy probable que se normalice. Si se confirmara elevada en una segunda determinación basal, sí tendría sentido profundizar —la hiperprolactinemia mantenida puede interferir con la pulsatilidad de GnRH y, por tanto, con la ovulación— y en ese caso añadiría **Vitex agnus castus (Solaray), 1 comprimido al día**, para ayudar a reducirla de forma natural. Una salvedad importante: **se retira en cuanto haya gestación** (STOP en cuanto el test de embarazo sea positivo), porque no es una suplementación compatible con el embarazo.

El factor masculino: el matiz que el informe no recoge

El seminograma de la pareja es normal en los parámetros que definen la "Normozoospermia" del informe: volumen, concentración, recuento total, morfología y motilidad progresiva total (51%, sobre un mínimo de 30%). Pero si abres el desglose, solo un 5% de los espermatozoides son progresivos rápidos (grado a) — la inmensa mayoría de esa motilidad "progresiva total" es progresiva lenta (grado b, 46%). Además, las categorías de no progresivos (17%) e inmóviles (32%) quedan marcadas como fuera de rango por el propio laboratorio.

Esto no invalida la clasificación global del informe, pero sí es un matiz clínicamente relevante: la motilidad rápida progresiva es el subgrupo con más capacidad real de alcanzar y penetrar el óvulo, y una proporción baja de espermatozoides grado a puede reducir la eficiencia de la fecundación natural aunque el recuento total "pase" el corte. Sumado al antecedente de tres semitorciones testiculares, que puede tener un efecto acumulativo sobre la espermatogénesis a medio plazo, creo que este seminograma merece completarse con: una **repetición** (la producción espermática tiene un ciclo de ~74 días y hay variabilidad biológica intrínseca entre muestras), un estudio de **fragmentación del ADN espermático** (especialmente indicado con antecedente urológico y esterilidad sin causa clara), y el **perfil hormonal-metabólico** que comentaba en el apartado anterior.

Estrés, salud mental y el proceso de búsqueda

Quiero nombrarlo con claridad porque lo describes tú misma con mucha honestidad: el proceso de búsqueda te está generando angustia significativa desde el primer mes, en el contexto de un trastorno ansioso-depresivo ya diagnosticado y de la retirada reciente (marzo 2026) de la fluoxetina. No es infrecuente que decidáis suspender un ISRS al plantearos el embarazo, pero es una decisión que idealmente se acompaña de un profesional de salud mental que pueda ir valorando síntomas y, si hiciera falta, plantear alternativas compatibles con la búsqueda de embarazo — no necesariamente retomar la fluoxetina, sino no dejar esta pieza sin una puerta de reevaluación mientras dura un proceso que ya de por sí es exigente emocionalmente. Esto se sale de mi ámbito directo como ginecóloga, pero sí quiero decírtelo

con la misma franqueza con la que me lo cuentas: dado que refieres angustia mantenida, creo que vale la pena comentarlo con un/a psiquiatra o con tu médico de cabecera, en paralelo a la psicoterapia que ya haces (que suena que os está siendo útil). El estrés crónico no impide un embarazo por sí solo, pero sí puede alterar la regularidad del ciclo y, sobre todo, condiciona mucho cómo se vive un proceso que puede alargarse — cuidar esa pieza es tan parte del tratamiento como cualquier suplemento.

Un apunte para esa valoración, por si es útil: si en algún momento se planteara retomar medicación, el fármaco de elección en este contexto —más que la fluoxetina que tomabas antes— suele ser la **sertralina**, por tener un perfil de seguridad mejor documentado en preconcepción, embarazo y lactancia. Esto lo tendría que valorar y pautar quien te vea, no yo, pero te lo dejo como referencia para la conversación. Si buscáis a alguien, trabajo habitualmente con dos psiquiatras perinatales a las que recomendaría sin dudarlo: **@dra.claraizquierdo.perinatal** y **@dra.biancagranados** — si pedís cita, decidles que vais de mi parte.

DUDA 1 DE 5 · SUPLEMENTACIÓN

¿Qué suplementación deberíamos tomar cada uno?

TU PREGUNTA

"Tomando Yocodefol recetado por el médico de cabecera. Dudas con qué tipo de suplementación deberíamos tomar cada uno."

Paciente

Voy a hacer un cambio respecto a lo que tomas ahora: **retiro el Yodocefol** de la pauta. No es que esté mal como concepto, pero no lleva folato activo (metilfolato) sino ácido fólico convencional, y no tenemos medidos tus niveles de homocisteína, folato intraeritrocitario ni vitamina B6/B12 para saber si esa forma te está cubriendo bien — con tu antecedente de SIBO y una dieta pescatariana, prefiero no darlo por hecho.

SUPLEMENTO	PAUTA	MOTIVO
Fertility Formula (BeLevels)	1 sobre + 2 perlas cada noche www.belevels.com — código TUINSTAGINE	Sustituye al Yodocefol: aporta niveles óptimos de vitamina D, folato activo e inositales, además de antioxidantes que van muy bien en edad materna avanzada. Incluye ashwagandha como adaptógeno, especialmente útil dado tu perfil de estrés.
Fisiogen Ferroforte	1 comprimido/día, 2 meses; después mantener la toma coincidiendo con la regla (o desde un test positivo si llega antes) hasta la analítica del primer trimestre	Para consolidar la ferritina, todavía en el límite bajo (44 ng/mL).
Vitex agnus castus (Solaray)	1 comprimido/día — solo si se confirma la prolactina elevada en la repetición basal	Ver apartado de fisiopatología. STOP en cuanto haya gestación positiva.

Si consigues gestación: STOP a la Fertility Formula (no es compatible con el embarazo) y pasar a **Ovosicare Fertility**, 2 cápsulas cada noche, + **DHA de Puroomega Embarazo y Lactancia**, 2 perlas cada noche (www.puroomega.com — código **TUINSTAGINE**).

Sobre el **Fertility Formula de Be Levels** que preguntabas: es justo el producto que te propongo arriba como base, así que sí, merece la pena — con la pauta y el motivo que te detallo en la tabla.

Pareja

Con los datos actuales (seminograma con matiz de motilidad, sin analítica hormonal ni de micronutrientes) todavía no tenemos el punto de partida completo, pero sí hay una base de suplementación razonable para ir empezando ya mientras completáis la analítica:

SUPLEMENTO	PAUTA	MOTIVO
Triferty ATM	1 sobre/día www.trifertyatm.com — código TUINSTAGINE	Fórmula orientada a calidad seminal (antioxidantes, L-carnitina, zinc, selenio, coenzima Q10 entre otros) — coherente con el matiz de motilidad que comentábamos en el seminograma.
DHA Puroomega alta concentración	según pauta del producto www.puroomega.com — código TUINSTAGINE	Apoyo a la integridad de membrana espermática.

Todavía no sabemos si la pareja precisa vitamina D u otros micronutrientes adicionales, al no tener una evaluación analítica completa — lo ajustamos en cuanto lleguen esos resultados.

DUDA 2 DE 5 · FRECUENCIA DE RELACIONES

¿Hay una frecuencia de relaciones que garantice mayor probabilidad de embarazo?

TU PREGUNTA

"En el período de ovulación, ¿hay una frecuencia a la hora de mantener relaciones sexuales que garantice mayor probabilidad de embarazo? Hemos leído que teniendo relaciones cada dos días la probabilidad es mayor."

Lo que habéis leído es correcto y está bien respaldado por la evidencia. La ventana fértil real no es un único día: son los 5-6 días previos a la ovulación más el propio día de la ovulación, porque el espermatozoide sobrevive entre 3 y 5 días en el tracto genital femenino, mientras que el óvulo solo es fecundable durante 12-24h. Relaciones cada 1-2 días a lo largo de toda esa ventana consiguen tasas de embarazo prácticamente idénticas a las relaciones diarias, con mucha menos carga física y emocional para la pareja — y sin comprometer de forma relevante el recuento espermático de la pareja, que tiene parámetros de volumen y concentración con buen margen.

Un punto práctico importante: mejor repartir las relaciones a lo largo de toda la ventana fértil (los días previos incluidos) que concentrarlas solo en el día que el test marca como "pico", porque los predictores de ovulación —tests de LH y, todavía más, apps de calendario como Flo— tienen un margen de error real. De hecho comentáis que Flo no siempre coincide con el test de ovulación: es esperable, las apps que se basan en algoritmos predictivos de ciclo son mucho menos fiables que un test de LH en orina. Yo me guiaría por el test de LH combinado con los signos físicos que ya identificas bien (moco cervical más transparente y elástico, aumento del deseo sexual) y quitaría peso a lo que marque la app.

DUDA 3 DE 5 · ESTRÉS, FLUOXETINA Y CICLO

Estrés, retirada de la fluoxetina y manchado antes de la regla

TU PREGUNTA

"La paciente está con mucho estrés. Dejó de tomar fluoxetina en el mes de marzo por si era un inconveniente en la búsqueda de embarazo. Tiene un manchado marrón de uno o dos días antes de la regla roja. ¿Desde cuándo se empieza entonces a contar la regla?"

Sobre el manchado: el primer día del ciclo se cuenta desde el **primer día de sangrado rojo franco**, no desde el spotting marrón previo. Lo que describes —1-2 días de manchado oscuro y poca cantidad antes de la regla— es lo que llamamos spotting lúteo tardío, y es lo que ya intuías. Como comentaba en el apartado de fisiopatología, este patrón puede ser un signo de una caída algo temprana de progesterona en la fase lútea; te propongo objetivarlo con una progesterona en fase lútea media en un próximo ciclo, en vez de dejarlo como una duda sin resolver.

Sobre el estrés y la retirada de la fluoxetina, te remito a lo que comentaba en el apartado de fisiopatología: entiendo la decisión y la motivación detrás de ella, pero dado que describes angustia mantenida desde el inicio de la búsqueda, creo de verdad que vale la pena comentar con un profesional de salud mental (psiquiatría o tu médico de cabecera) cómo estás llevando esta retirada y si el malestar actual lo justifica revisar — en paralelo, no en sustitución, de la psicoterapia que ya haces. No es un tema que pueda resolver yo desde ginecología, pero sí quiero que quede recogido con la misma importancia que el resto del caso.

DUDA 4 DE 5 · CREATINA Y DOLOR MENSTRUAL

Creatina y manejo farmacológico del dolor menstrual

TU PREGUNTA

"¿Hay algún inconveniente en que la paciente tome Creatina? ¿Alguna recomendación para el dolor menstrual a nivel farmacológico?"

Una aclaración antes de responder: en el cuestionario, quien refiere tomar creatina (7,5g/día, Creapure) es la pareja, no la paciente — lo comento por si hay una confusión al redactar la pregunta, y respondo a los dos escenarios posibles.

En la pareja: no hay ninguna contraindicación conocida a esa dosis de mantenimiento (7,5g/día, sin fase de carga). De hecho, existe literatura preliminar que apunta a un papel favorable de la creatina en el metabolismo energético del espermatozoide (la motilidad depende en parte del sistema creatina-fosfato), aunque no hay evidencia sólida de que mejore de forma consistente los parámetros del seminograma. En cualquier caso, no sería la explicación del matiz de motilidad que comentábamos — puede mantenerla sin problema.

Si la pregunta es si la paciente puede empezar a tomarla: sí, y me parece una muy buena idea. Más allá del contexto de fertilidad, la evidencia sobre la creatina en mujeres ha crecido mucho en los últimos años y apunta a beneficios que van bastante más allá del rendimiento deportivo: mejora del metabolismo energético celular, un papel neuroprotector y antiinflamatorio a nivel cerebral (con datos interesantes en fatiga y estado de ánimo), y apoyo a la masa y fuerza muscular, especialmente relevante en mujeres. No hay ninguna contraindicación conocida en búsqueda de embarazo a dosis estándar (3-5g/día), así que puede incorporarla sin problema junto al resto de la suplementación dirigida que te detallo en la duda 1.

Dolor menstrual: el patrón que describes (hasta 1 día de dolor intenso, resto leve, buena respuesta al ibuprofeno tipo Enandol) es manejable y no tiene, con lo que cuentas, ninguna señal de alarma que sugiera una causa subyacente como endometriosis. Mi recomendación es pautar el antiinflamatorio desde el **inicio** del dolor (o incluso desde el día antes, si el patrón es predecible), no esperar a que sea intenso — ibuprofeno 400-600mg cada 8h o naproxeno 500mg cada 12h los primeros 2-3 días, de forma pautada y no "a demanda", es más eficaz que tomarlo de forma errática. Puedes combinarlo con calor local. Si en el futuro el dolor empeora, aparece dolor con las relaciones sexuales o con la defecación, sí valoraría estudiar endometriosis — por ahora no hay indicación.

DUDA 5 DE 5 · TIEMPOS Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

¿Cuánto tiempo seguir intentándolo antes de recurrir a inseminación o FIV?

TU PREGUNTA

"En la SS nos dicen que en 6 meses nos darán cita para Inseminación Artificial y unos 16 meses para FIV. ¿Cuánto tiempo recomendarías que siguiéramos intentándolo antes de recurrir a ello?"

Con 38 años y una reserva ovárica en el límite bajo de la normalidad para tu edad, el tiempo biológico no juega a vuestro favor, así que mi recomendación no es "esperar" en el sentido de no hacer nada, sino **usar el tiempo de espera de la lista para completar el estudio** y llegar con el diagnóstico cerrado al momento en que os den cita — en vez de perder esos 6-16 meses sin avanzar información. Concretamente: analítica hormonal-metabólica completa de la pareja, repetición del seminograma con fragmentación de ADN, la histerosalpingografía ya solicitada, y la progesterona en fase lútea que comentaba. Con eso sabréis si el punto de partida real para la SS es inseminación, FIV directa, o si hay algo corregible que cambie el pronóstico antes de llegar ahí.

Mientras completáis ese estudio, seguir la búsqueda natural con relaciones bien orientadas (ver duda 2) no reduce vuestras opciones y puede dar resultado por sí sola — sobre todo porque, con los parámetros que tenéis hoy (motilidad progresiva total normal, morfología normal, factor femenino sin alteración estructural conocida), un embarazo espontáneo sigue siendo perfectamente posible. Dicho esto, no recomendaría alargar la búsqueda puramente expectante más allá de unos 3-4 meses adicionales sin resultado y sin haber completado el estudio — a partir de ahí, con tu edad, prefiero que estéis dentro de un proceso activo (aunque sea con la Seguridad Social) a seguir esperando sin más información.

SOBRE TU DUDA ABIERTA

La histerosalpingografía: qué es y por qué te la piden

Leo que te sientes muy invadida ante la idea de esta prueba y que no tienes claro si es estrictamente necesaria. Quiero responderte con la misma información que me gustaría que tuvieras antes de decidir, sin quitarle importancia a cómo te hace sentir.

La histerosalpingografía es una prueba radiológica que consiste en introducir un contraste a través del cuello uterino para comprobar dos cosas: que las trompas de Falopio están permeables (no obstruidas) y que la cavidad uterina tiene una forma normal, sin pólipos, miomas submucosos ni tabiques que puedan dificultar la implantación. Es, junto con la analítica hormonal, una de las dos piezas centrales del estudio básico de esterilidad, y es especialmente relevante antes de plantear cualquier técnica de reproducción asistida (una inseminación, por ejemplo, no tiene sentido si las trompas están obstruidas). Con los datos que tenemos hoy no hay ningún motivo para pensar que la tuya vaya a estar alterada, pero es información que no podemos obtener de ninguna otra forma sin hacerla — sí, es una prueba recomendable y relevante en vuestro caso, no un trámite prescindible.

Sobre la incomodidad: es habitual sentir molestias tipo regla, a veces intensas, durante unos minutos mientras pasa el contraste. Es razonable tomar un antiinflamatorio (ibuprofeno o naproxeno) una hora antes de la prueba para minimizarlas, y no hay ningún problema en pedir en el centro que os expliquen paso a paso lo que va a pasar antes de empezar, o en pedir que tu pareja os acompañe en la sala de espera. Dado lo que cuentas de tu ansiedad de base, decírselo al equipo que te la va a realizar (que suelen estar muy acostumbrados a acompañar este tipo de miedo) puede ayudarte más que enfrentarla en silencio.

Hay además un par de opciones concretas que puedes plantear en el centro para reducir la molestia del paso de la cánula: pedir premedicación con **diazepam + misoprostol vaginal** antes de la prueba, o programarla **coincidiendo con la regla** (el cuello uterino está algo más permeable esos días, lo que facilita el paso y suele doler menos). Y, si en tu centro es una opción viable, puedes preguntar si es posible hacerla como **histerosonografía** (el equivalente por ecografía, a veces llamado HyCoSy) en lugar de la histerosalpingografía radiológica clásica — en algunos centros se ofrece, y suele ser bastante menos molesta, sobre todo cuando la realiza directamente una ginecóloga en vez de un radiólogo. Vale la pena preguntarlo antes de la cita.

CIERRE

Resumen de hallazgos relevantes

- ✓ **Edad materna 38 años + AMH en el límite bajo (0,82 ng/mL):** reserva ovárica algo disminuida para la edad, dentro de rango pero sin margen para alargar mucho la búsqueda sin actuar.
- ✓ **Factor masculino incompleto:** seminograma con motilidad progresiva total normal pero con una proporción baja de espermatozoides rápidos (grado a, 5%) y categorías fuera de rango en no progresivos/inmóviles; antecedente de tres semitorsiones testiculares; sin analítica hormonal ni metabólica masculina.
- ✓ **Prolactina elevada (35,60 ng/mL) probablemente condicionada por la extracción:** a repetir en condiciones basales antes de sacar conclusiones.
- ✓ **Spotting premenstrual compatible con fase lútea algo corta:** a objetivar con progesterona en fase lútea media.
- ✓ **Ferritina y hemoglobina en mejoría pero todavía en el límite bajo:** a seguir controlando.
- ✓ **Vitamina D no medida en ninguno de los dos:** en la paciente queda cubierta de forma preventiva con la nueva suplementación; en la pareja sigue pendiente de analítica.

- ✓ **Carga emocional significativa** en el contexto de la búsqueda de embarazo, tras la retirada reciente de fluoxetina, con terapia activa ya en marcha — pieza a acompañar de forma explícita, no solo de fondo.

PLAN PROPUESTO

Próximos pasos sugeridos

1. **Completar el factor masculino:** analítica hormonal-metabólica completa de la pareja (testosterona, LH, FSH, prolactina, TSH, vitamina D, folato, B12, homocisteína, perfil glucémico-lipídico) y repetición del seminograma con estudio de fragmentación de ADN espermático.
2. **Repetir la prolactina de la paciente** en condiciones basales estrictas (ayunas, mañana, reposo previo, sin estimulación mamaria ni relaciones el día previo).
3. **Progesterona en fase lútea media** en un próximo ciclo, para objetivar el spotting premenstrual.
4. **Completar micronutrientes útiles en fertilidad:** en la paciente quedan cubiertos con la Fertility Formula (vitamina D, folato activo, inositoles); en la pareja, todo el panel — vitamina D, folato, B12, homocisteína— está aún por medir y se ajustará la suplementación en cuanto lleguen los resultados.
5. **Realizar la histerosalpingografía** ya solicitada, con antiinflamatorio previo si ayuda a la molestia.
6. **Comentar con psiquiatría o médico de cabecera** la retirada de la fluoxetina, en paralelo a la psicoterapia actual.
7. **Mantener la búsqueda natural** con relaciones cada 1-2 días a lo largo de toda la ventana fértil, guiándoos por el test de LH y los signos físicos más que por la app de calendario.

Con todo lo que hemos revisado —edad materna, matiz del factor masculino, y varios puntos analíticos por afinar— creo sinceramente que vuestro caso se beneficiaría de un seguimiento más cercano que una única resolución por email: un **programa de 2ª opinión completo**, con solicitud y valoración conjunta de las pruebas específicas que os propongo arriba, y seguimiento real de cómo responde cada uno a su suplementación, es el marco donde puedo acompañaros mejor mientras completáis el estudio — en vez de ir resolviendo cada pieza de forma aislada. Si os encaja, decídmelo y os preparo los detalles.

Dra. Laia Vidal Sagnier · Ginecóloga-Obstetra · Núm. Col. 49289 (COMB) · @tuinstagine
Este documento resume la valoración de vuestro caso a partir del cuestionario y las pruebas aportadas. Ante cualquier síntoma de alarma, no esperéis a la próxima visita para contactar.