

La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro

Infertility in a health area of Cerro municipality

Amaylid Arteaga García^I; Ana Margarita Toledo Fernández^{II}; Cristina Villalón Aldana^{III}

^IEspecialista en Medicina General Integral. Máster en Atención Integral a la Mujer. Instructora de la Facultad "Dr Salvador Allende". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Atención Primaria de Salud. Investigadora Agregada. Instructora de la ELACM. La Habana, Cuba.

^{III}Licenciada en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Jefa de Enfermeras del Policlínico "Héroes de Girón", municipio Cerro. La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVOS: caracterizar el comportamiento de la infertilidad en 11 consultorios del Policlínico "Héroes de Girón" del municipio Cerro.

MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La selección de los consultorios fue por muestreo por criterios, y los de selección fueron: que tuvieran una distribución equitativa en los Grupos Básicos de Trabajo, así como la estabilidad y conocimiento profundo del área por el personal de enfermería (quien ejecutó la investigación, previa capacitación en el tema). Se aplicaron 2 instrumentos: un formulario a nivel del consultorio y una encuesta a las parejas con problemas por infertilidad. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

RESULTADOS: de un total de 700 parejas en edad fértil que se encontraron, 40 tenían problemas de infertilidad, para un 5,7 %, y de ellas fueron entrevistadas 35. Existió predominio de los factores femeninos, principalmente el tubárico. La mayoría de las parejas estaban en edades óptimas para procrear, con relaciones matrimoniales estables y más de 2 años intentando tener descendencia. Predominó la infertilidad primaria. Más de la mitad de las parejas no tenían seguimiento por esta causa, y las que lo tuvieron, a pesar de ser por más de 3 años, conocen poco la causa de la infertilidad.

CONCLUSIONES: la infertilidad en la población estudiada alcanza una mayor magnitud por los problemas de atención, que por la proporción numérica que representa. Se encontró fundamentalmente en edades óptimas para la reproducción, en relaciones estables, con una espera prolongada y con predominio de infertilidad primaria de causa tubárica. Las dificultades diagnósticas y

terapéuticas y lo largo del proceso hacen que la mayor parte de las parejas se encuentren insatisfechas con el seguimiento que reciben.

Palabras clave: Infertilidad, esterilidad, concepción, embarazo.

ABSTRACT

OBJECTIVE: a descriptive cross-sectional study was conducted to characterize the behavior of infertility in 11 family physician's offices of "Héroes de Girón" Polyclinic in Cerro municipality.

METHODS: the family physician's offices were chosen by criterion and selection sampling. The selection was based on an equitable distribution in the Basic Working Groups, as well as on the stability and deep knowledge of the area on the part of the nursing personnel that carried out the investigation after being trained on the topic. Two instruments were applied: a questionnaire at the family physician's office level and a survey to the couples with infertility problems, Percentage was used as a summary measure.

RESULTS: of a total of 700 couples at fertile age, 40 had infertility problems, accounting for 5.7 %. 35 of them were interviewed. It was observed a predominance of the female factors, mainly the tubal factor. Most of the couples were at optimal ages to procreate with steady marriage relations and they had been trying to have children for more than 2 years. Primary infertility prevailed. More than half of the couples were not followed up for this reason, and those who were, in spite of being followed up for more than 3 years, knew little about the cause of infertility.

CONCLUSIONS: infertility in the studied population reaches a greater magnitude due to the problems of attention rather than for the figure it represents. It was mainly found at optimal ages for reproduction, in stable relations with a prolonged waiting and with predominance of primary tubal infertility. The diagnostic and therapeutic difficulties, as well as the long process make that most of the couples be unsatisfied with the follow-up they receive.

Key words: Infertility, sterility, conception, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

Una vez que una pareja ha logrado una relación estable y determinadas condiciones, generalmente comienza a buscar la descendencia para llenar un espacio que solo los hijos pueden ocupar. Se trazan metas, se construyen ilusiones, y siempre se espera que este hecho complete sus vidas de una manera muy especial. Una vez que se busca y no logran el embarazo, la vida cambia de un modo tan profundo que a veces no se logra superar. La infertilidad por sí misma generalmente no significa una amenaza para la salud física, pero sí, teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, puede tener un serio impacto en la salud mental personal y familiar. Una de las funciones de la familia es la reproducción, por lo que al no poder cumplirla, podrían considerarse como familias disfuncionales,

en dependencia de lo que este problema les pueda afectar. Una fecundidad deteriorada puede afectar por igual a hombres y mujeres, desde el punto de vista etiológico como por el considerable sufrimiento que suele producir.¹ La atención a este problema, que va creciendo aunque no sea mayoritario, debe requerir de un gran empeño por quienes lo atienden, como paciencia y confianza debe significar para quienes lo padecen.

Se estima que la infertilidad afecta a 1 de cada 6 parejas. Se define por la mayoría de los autores como *la incapacidad de lograr un embarazo luego de un tiempo razonable de relaciones sexuales sin tomar medidas anticonceptivas*.² Las parejas que después de un período de 12 meses de actividad sexual sin utilizar métodos anticonceptivos, no logran embarazo, se definen como infértiles, y su incidencia varía notablemente en diferentes países, e incluso, en diferentes zonas de un mismo país.³⁻⁶ Se ha estimado que la prevalencia de la infertilidad afecta entre un 5 y 15 % de las parejas en edad reproductiva,^{7,8} y que en el mundo hay 60-80 millones de parejas infértiles.⁹ A pesar de los más recientes avances tecnológicos en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes, entre el 10 y el 20 % de las parejas no se logra reconocer la causa de la enfermedad.^{7,10}

Existen pocos estudios de infertilidad desde el nivel primario de atención en nuestro país. En 1996 se comenta que no existía ninguno. En los que se revisaron se fundamenta la necesidad de estudiarlo de manera más profunda.¹¹⁻¹⁷ Este nivel es el escenario principal, de donde no escapan casos, donde se puede investigar en el total de la población en edad fértil, incluso a aquellos, que aun teniendo el problema, no han solicitado ayuda en el segundo nivel. Con este trabajo perseguimos como objetivo general caracterizar el comportamiento de la infertilidad visto como un problema de salud de la APS, en un grupo de consultorios del Policlínico "Héroes de Girón" del municipio Cerro, en Ciudad de La Habana, en febrero y marzo de 2007; y más específicamente, determinar la magnitud del problema *infertilidad* en ese grupo de consultorios, identificar las características generales de las parejas infértiles detectadas, explorar la atención recibida por las parejas afectadas y las vías de acceso al servicio, así como examinar el grado de satisfacción por la atención recibida en las instituciones donde les prestaron servicios por infertilidad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de la infertilidad, en 11 consultorios pertenecientes al área del Policlínico "Héroes de Girón" del municipio Cerro, en la Ciudad de La Habana, en el período comprendido entre el 1ro. de Febrero y el 31 de Marzo de 2007. El universo de estudio estuvo comprendido por el total de 700 parejas en edad fértil pertenecientes a los 11 consultorios seleccionados. A partir de aquí se buscaron aquellas parejas dentro de este grupo que tenían problemas de infertilidad. Los criterios de inclusión de las parejas fueron los siguientes:

- Compuesta por una mujer en edad fértil (15 a 49 años) y el hombre sin límite de edad.
- Tener una relación estable con hijos en común o no, y llevar un año o más deseando tener un embarazo con relaciones sexuales desprotegidas sin haberlo logrado.
- Tener una relación estable, y habiendo logrado un embarazo, no haber conseguido descendencia.
- Voluntariedad de participar en el estudio, previo consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- No deseo de tener hijos.
- No desear participar en el estudio.
- No tener relaciones estables.
- No se consideran hombres y mujeres por separado.

Técnicas y procedimientos

De obtención de la información: el personal seleccionado para la realización del estudio fue un grupo de enfermeras a las cuales se les entrenó en este tema y en el tratamiento adecuado de los instrumentos. La selección de los consultorios a participar fue por muestreo por criterios, con los de inclusión siguientes:

- Una distribución equitativa en los 4 grupos básicos de trabajo.
- La enfermera del consultorio trabajará en él por un período mayor de 1 año y tendrá un trabajo estable en él.
- Disposición de la enfermera a participar del estudio.

De esta forma se seleccionaron los consultorios 1, 2, 3, 10, 24, 26, 27, 39, 41, 49 y 53. Realizamos una capacitación a las enfermeras sobre el estudio a realizar. Para dar salida al objetivo 1 en cada consultorio se determinó, mediante un breve cuestionario a llenar allí mismo, el comportamiento de este problema a ese nivel. Esto se hizo determinando desde la población general, las parejas en edad fértil con hijos y sin ellos, y de ellas, las que tenían trastornos de fertilidad. El resultado de esta primera parte fueron las parejas con trastornos de infertilidad que viven en el área del consultorio. Posteriormente, a estas parejas se le realizó una encuesta, después de la cual se cerraron los datos de la planilla del consultorio, en su segunda parte. Para dar salida a los objetivos 2, 3 y 4 a cada pareja se le realizó una encuesta, en la que se recogieron datos generales: antecedentes, tiempo de relaciones, si tienen seguimiento y el lugar, las vías de acceso a los servicios, las causas de infertilidad (si las conoce), así como su satisfacción con los servicios recibidos.

De procesamiento y análisis estadístico: para el procesamiento de la información se creó una base de datos en *Access* a partir de la cual se procesó la información. Se utilizó el procedimiento estadístico descriptivo y el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

El análisis se realizó a partir de la población total del consultorio, las mujeres en edad fértil, las parejas en edad fértil, y dentro de este grupo, las que tienen hijos en común y las que no lo tienen. De aquí se extrajeron las que tenían problemas de infertilidad. Como podemos apreciar en la [tabla 1](#), el porcentaje de parejas que tiene problemas de infertilidad dentro del total de parejas en edad fértil de la población estudiada, resultó ser de 5,7 %. La población femenina de los consultorios estudiados fue de 3 723, de ellas en edad fértil había 1 815 para un 48,7 %, y dentro de las mujeres en edad fértil con relación de pareja estable se encontraron 700, lo que representó el 38,5 %.

El grupo de parejas estudiadas por presentar problemas de infertilidad se encontró entre las edades entre 35 a 49 años en un 60 % o más para ambos sexos. Las

mujeres, como era el criterio de inclusión, todas estuvieron en edad reproductiva, y un 8,6 % de los hombres tenían edades por encima de los 49 años. El 82,9 % de las parejas habían tenido al menos un matrimonio anterior. Además de ese matrimonio anterior otro aspecto explorado fue la tenencia de hijos anteriormente, y resultó que la mayor parte de ellos (74,3 y 62,9 % para mujeres y hombres respectivamente), no tuvieron hijos del matrimonio o los matrimonios anteriores. En este caso el hombre alcanzó mayor proporción para un 37,1 % en comparación con las mujeres (25,7 %).

Las parejas que fueron objeto de estudio, en su mayor parte, llevaban 5 y más años de relaciones matrimoniales, lo cual representó el 65,7 %. Le siguió el grupo de 1 a 2 años de relaciones para un 25,7 %. Entre las parejas que resultaron tener problemas de infertilidad tenían hijos en común solo el 8,6 %. La mayor parte de ellas no habían tenido descendencia en común (91,4 %). Al explorar el tiempo de relaciones sexuales sin protección se observó que el 68,6 % de ellas llevaba más de 2 años buscando tener descendencia. El 31,4 % resultó estar entre 1 y 2 años intentando lograr este propósito.

Del total de las 35 parejas estudiadas en esta investigación, solo el 48,6 % recibía atención médica por esta causa. El tiempo de seguimiento por infertilidad, se comportó en el grupo estudiado de manera similar para los intervalos de menos de 1 año, y entre 1 y 3 años. El mayor porcentaje de casos tenía más de 3 años de seguimiento. El 64,6 % de las parejas que tuvieron seguimiento lo hicieron en un hospital ginecoobstétrico. Solo una pareja era seguida en el policlínico para un 5,6 % del total.

Cuando analizamos la vía por la cual accedió la pareja al seguimiento que ha tenido por este problema, el 47 % de ellas fue por relaciones personales, solo el 35,3 % lo hizo a través del Médico de Familia. El 11,8 % se dirigió personalmente al servicio hospitalario y solicitaron se atendidos. De esta manera, a través del médico y el ginecoobstetra del área de salud, acudió el 41,2 %, mientras que por relaciones personales y solicitudes propias o directas al servicio fue el 58,8 %.

Uno de los objetivos de esta investigación fue conocer el grado de satisfacción de las parejas con la atención que reciben. El 41,2 % de las parejas se encontraban insatisfechas por la atención recibida. Estuvieron medianamente satisfechos un 35,3 %, y solo el 23,5 % (4 parejas) manifestaron encontrarse muy satisfechos por la atención que han recibido ([tabla 2](#)).

Tabla 2. Satisfacción con la atención recibida en el servicio

Grado de satisfacción	No.	%
Muy satisfechos	4	23,5
Medianamente satisfechos	6	35,3
Insatisfechos	7	41,2
Total	17	100

Cuando se le preguntó a la pareja que tenía seguimiento la causa de su infertilidad, solo el 41,2 % la conocía y un 58,8 % (10 parejas) no sabían por qué no podían tener hijos, a pesar de ser seguidos por un servicio de salud. Los diagnósticos que refirieron estas parejas como causas conocidas de su infertilidad son los siguientes:

- 3 parejas refieren obstrucción tubárica (causa femenina).
- 1 caso refiere "problemas de ovulación" más obstrucción tubárica (causa femenina).
- 1 caso refiere antecedentes de salpingectomía bilateral por embarazos ectópicos unido a un microadenoma hipofisario de diagnóstico más reciente (causa femenina).
- 1 caso refiere como causa la salpingitis crónica (causa femenina).
- 1 caso refiere que su causa es "acidez vaginal" (factor femenino).

De las 35 parejas que se estudiaron, solo 8 (22,8 %) conocían la causa de la infertilidad. Además, de las 8 parejas que se conoce su causa, en solo una, se mencionó al factor masculino que representó el 12,5 % de ellas.

Al final de la encuesta se pidió al EBS del consultorio, representado por la enfermera, que plasmara al dorso, en cada pareja, lo que conocía acerca del problema relacionado con la infertilidad y/o su diagnóstico. Para esto se pidió que revisaran las historias clínicas y se entrevistara al médico de atención. De las 35 parejas estudiadas se conocía la causa en 2 casos solamente para un 5,7 %. En el 68,6 % de las parejas el EBS no conocía nada del diagnóstico o posibles causas. En 9 parejas (25,7 %) se tenía algún elemento relacionado con la infertilidad, aunque no el diagnóstico. Se pidió que las parejas expresaran sus criterios acerca de los servicios que reciben por esta causa, y se relacionan a continuación.

Criterios relacionados con la satisfacción por el servicio (se muestran por orden de aparición del criterio, y no por su frecuencia de aparición):

- Falta de confianza en los que prestan el servicio y no desean que nadie conozca su problema.
- Lejanía del lugar donde se prestan los servicios y dificultades de acceso.
- Falta de atención psicológica.
- Con el tiempo notan que la calidad de la atención disminuye y hace que se decepcionen y desistan del seguimiento.
- Extravío de complementarios.
- Maltrato en algunas consultas.
- Dificultades para realizarse complementarios y muchas veces los tienen que gestionar por sus propios medios (la que más se repite).
- Perciben falta de preocupación por el personal que los atiende.
- Refieren que para atenderse hay que llevar presentes al personal que labora en estos servicios, de lo contrario no son bien atendidos.
- Mucho tiempo de espera.
- No atención al esposo en uno de los casos, y después al cabo del tiempo resultó que tenía problemas.
- Las consultas son muy espaciadas (mucho tiempo entre una y otra).
- Han sido bien atendidos en cuanto al trato se refiere, pero no han podido conocer la causa de la infertilidad (se repite).

Criterios no relacionados directamente con la prestación del servicio:

- No se puede resolver el problema porque no está en manos del servicio que los atiende

- Sentimientos de vergüenza por asistir a esta consulta y ello les limita hacerlo.
- Falta de preocupación de algunas parejas expresadas abiertamente.

DISCUSIÓN

En términos de población se ha llegado a calcular que de 50 a 80 millones de personas presentan problemas de infertilidad. La concepción ocurre solo en el 15-20 % de los ciclos fértiles, y la fecundación va declinando con el avance de la edad de la mujer. Con este conocimiento se puede llegar a un cálculo aproximado: en 12 meses, el 85 % de las parejas entre 20 y 25 años de edad lograrán un embarazo, mientras que solo un 60 % lo logrará entre los 30 y 34 años de edad y el 50 % entre los 35 y los 40.¹³

Se calcula que alrededor del 15 % del total de matrimonios no tienen hijos. En este grupo se consideran los que lo desean y los que no, incluso a los que usan métodos anticonceptivos. Un poco más allá se incluyen las parejas que inician las relaciones sexuales a una edad que puede ser tardía para ello. Teniendo en cuenta estas limitaciones, según el doctor *Veranes* podemos entonces calcular que alrededor del 10 % de los matrimonios o parejas que desean tener descendencia y están en edad de concebir, son incapaces de tenerla.¹⁷ Es llamativo que el porcentaje de casos con problemas de infertilidad en nuestro estudio estuvo por debajo de las cifras que se han encontrado en otros estudios como los del municipio Plaza¹⁵ y Camagüey¹⁴ respectivamente. Esto es una razón para ampliar el estudio, y no le resta importancia, porque precisamente adquiere mayor magnitud por otros elementos del proceso que por el comportamiento cuantitativo en sí.

Es llamativo que en los diferentes consultorios el comportamiento del problema fue totalmente diferente. Estuvo entre el 25 % hasta 0 en uno de los consultorios. Este fenómeno justifica el hecho de realizar posteriormente un estudio con una población mayor y con un diseño de muestra aleatorizado. Nos permitirá ver el problema en una mayor escala y con posibilidades de hacer inferencias al resto de la población.

La edad reproductiva en la pareja la determinó la mujer, debido a que el hombre puede lograrlo a edades más avanzadas. Por lo tanto, se trató de un grupo de parejas jóvenes con las cuales pudo haberse trabajado mucho teniendo en cuenta las posibilidades que existen hoy de técnicas avanzadas para lograr la reproducción. Estas parejas se encontraban, en su mayoría, en edades óptimas para la reproducción.

Un estudio realizado analizando la infertilidad como evento paranormativo, y viendo a esta entidad como causa de crisis familiar por desorganización,¹⁸ se plantea que ello puede repercutir de modo muy diferente en una familia y en otra, en una pareja y en otra, o en un momento u otro. Como plantean *Armengol* y *Fuhrmann*, en este artículo, una familia puede ser remecida hasta sus bases por una infertilidad breve, y otra, en cambio, mantenerse inmutable ante la esterilidad. El grado en que las crisis se mantengan o se resuelvan, depende, en gran medida, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para actuar en pro de una adaptación a la nueva situación. Es por esto que es frecuente que los miembros de parejas donde hay este tipo de problemas presenten conflictos y hasta se llegue al divorcio. En el estudio la mayoría tenía, al menos, un matrimonio anterior al actual. Muchos pueden no deberse directamente a esto, pero no puede negarse que es un factor que tal vez influya, si tenemos en cuenta los factores antes mencionados.

El hecho de que los hombres tengan más hijos de matrimonios anteriores que las mujeres, nos pudiera sugerir que los problemas presentados por estas parejas se deben inclinar más hacia la parte femenina. Igualmente, teniendo en cuenta que la mayor parte de las parejas estudiadas no tengan descendencia en común, podría presuponer que la mayor parte de la infertilidad que padecen es primaria. En la literatura revisada se coincide con el hecho de que esta es más frecuente que la secundaria.^{19,20}

Un aspecto conceptual lo constituye el criterio de que una pareja con más de un año de relaciones sexuales sin protección y deseando tener un embarazo, se considera infértil. El tiempo que llevaban las parejas intentando tener descendencia fue prolongado. No es insuficiente el conocimiento y la orientación que tienen de las posibilidades de servicios. Creemos que su atención debe formar parte de la Estrategia de Planificación Familiar y Salud Reproductiva que existe en nuestro sistema de salud a nivel primario.

Lo anterior se hace más significativo al conocer que no llegan ni a la mitad las parejas que se siguen por esa causa. Esto podría deberse a diversos factores relacionados con elementos organizativos de nuestro sistema de salud. Por el método que se aplica en el estudio, que es de búsqueda activa de casos, no encontramos ninguna investigación similar en la literatura, por lo que no es posible su comparación en este sentido. El sistema de salud cubano cuenta con una organización que permite que cada pareja conozca las posibilidades que tienen, y que se siga su problema de salud, sea cual fuere.

Muchos investigadores y expertos en la materia plantean que del total de parejas que se atienden en los servicios de infertilidad, logran embarazos entre el 20 y el 40 % de ellas, según el lugar y las condiciones para el tratamiento.¹³ Teniendo en cuenta esto, podríamos pensar que un grupo no despreciable de estas parejas no atendidas pudieran resolver su situación. Y un poco más allá de esto, con las proyecciones de tratamiento que hoy se tienen para la aplicación de la reproducción asistida en nuestro país, el índice de éxito podría ser mayor.

Por otra parte, el estudio realizado en Centro Habana desde la APS, también resultó que el 20 % de las parejas podían solucionar su problema a nivel primario sin necesidad de utilizar medios sofisticados para su diagnóstico y tratamiento, principalmente aquellas que tienen infertilidad secundaria y menos de 4 años de infertilidad.¹² Si tenemos en cuenta este resultado cabe preguntarse: ¿todas las parejas que tienen este problema son atendidas o conocen las posibilidades que tiene de serlo?, ¿cuántos servicios existen en el país?, ¿todas las parejas acceden a este u otros servicios antes de que sea tarde?, y lo que es más, ¿todas las parejas que tienen problemas de infertilidad acudieron al servicio?, ¿todas han tenido la posibilidad de llegar o están preparadas para hacerlo?

El tiempo de seguimiento mayoritario fue de más de 3 años y ratifica el hecho de lo engorroso que resulta enfrentarse a este problema, porque se hace difícil mantenerse por largos períodos asistiendo periódicamente a recibir atención médica. Si a esto se le suma que muchas veces el avance es muy lento, por afectaciones de las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, la situación se torna peor.

La infertilidad raramente se atiende en el nivel primario, a pesar de formar parte del protocolo de atención en el servicio de Planificación Familiar y ser un objetivo de este programa como lo definió la Comisión Nacional de Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar del MINSAP en el año 2001. Generalmente las parejas se

atienden en los servicios de los hospitales ginecoobstétricos, en los servicios de endocrinología y/o urología que pueden ser independientes o estar en un hospital general. Es por esto que la mayor parte de los estudios revisados y los investigadores de este tema se concentran en el nivel secundario de atención. En la casuística actual no fue diferente. Si existe un grupo de complementarios que se pueden realizar en el nivel primario, si el resto de los pacientes con entidades crónicas son controlados y seguidos desde el nivel primario, ¿por qué la infertilidad no puede ser seguida y atendida a este nivel, y se mantienen las interrelaciones con el nivel secundario cuando la pareja lo requiera?, ¿por qué el especialista interconsultante de ginecoobstetricia del área de salud o el propio Médico de Familia, no pueden orientar la atención de estos pacientes y mantener un seguimiento del caso? Muchas veces la pareja se siente maltratada porque se dificultan muchos procedimientos, se alargan los espacios entre las consultas, se imposibilitan algunas soluciones, y por si fuera poco, en ocasiones tienen que gestionar esos procedimientos por su cuenta. Es necesario incorporar este tema al grupo de acciones que se deben realizar en función de la calidad de vida y la satisfacción de la población.

No debe permitirse que para acceder a un servicio de salud tenga que ser por otra vía que no sea la que el sistema tiene diseñado a través del Médico y Enfermera de Familia, que son la puerta de entrada al sistema de salud. Tampoco la solicitud propia en el servicio del nivel secundario, a pesar de ser un derecho que tiene todo ciudadano, es la vía por la cual se debe entrar al sistema de atención. Todavía falta mucho por hacer a nivel primario para dar una atención de calidad a este sensible problema. Conocemos que actualmente se trabaja por este objetivo, y se comienzan a dar pasos para lograr que en cada municipio exista al menos una consulta.

Es de gran peso que del porcentaje pequeño de parejas con seguimiento, un grupo importante de ellas, están insatisfechas. Esto nos llevaría a reflexionar profundamente en cuánto más se puede hacer para que estos problemas de salud se atiendan y se resuelvan. El nivel de satisfacción con este tipo de servicio corrobora el hecho de que el estudio de la infertilidad constituye un reto para la ciencia. Nos corresponde buscar todos los elementos posibles para poner en manos de los decisores, que en nuestro país, cuentan con la voluntad política de resolver el problema. A nuestro juicio carecen de algunos elementos y también de muchos de los recursos para resolver el problema. Hoy existen mejores condiciones económicas para emprender acciones que puedan dar respuesta a esta problemática.

El diagnóstico de la causa que origina la infertilidad se hace muchas veces difícil y no es cuestión de 2 consultas. En el caso que nos ocupa existieron 10 parejas (de las 17 que se seguían) que no la conocían. Esto también constituye un factor de angustia y preocupación para los afectados, así como un reto para el sistema de atención al problema. Por experiencias de otros investigadores, como ya habíamos expresado anteriormente, se estima que en el 10 al 20 % de las parejas no se logra reconocer la causa de la enfermedad.⁷⁻¹⁰ No podemos afirmar que no se conozca la causa de todos los que así lo manifestaron. Lo indagamos en este caso a través de la pareja. Esto revela otro problema que puede estar sucediendo, y es que la comunicación entre el personal de salud y los pacientes no sea la adecuada.

Cuando analizamos las causas que nos refirieron las propias parejas, es llamativo que en este grupo de casos los problemas que presentan se concentren en el componente femenino. El factor tubárico, y específicamente la obstrucción tubárica, es la causa que predomina en este grupo de parejas. Existe 1 caso de una pareja que no tiene seguimiento, que plantea que conocen la causa a pesar de no tener seguimiento actualmente, apuntando al varicocele en el caso del hombre y útero

retroverso en la mujer. En este caso hay un factor en cada miembro, aunque no puede decirse que el útero retroverso sea una causa, pero al unirse con el factor del hombre, puede influir. Con esta pareja, al no haber un seguimiento, no puede descartarse que exista otra causa.

Hace mucho tiempo atrás se creía que la infertilidad era un problema solo de la mujer. En la actualidad se conoce que el hombre desempeña un papel importante en este problema de salud. Tal como ocurre en este último caso, la esterilidad ocurre por la suma de varios factores existentes en ambos cónyuges. El doctor *Veranes* las agrupa en el texto de Ginecología y Obstetricia¹⁷ en:

- Esterilidad de origen femenino.
- Esterilidad de origen masculino.
- Esterilidad de origen desconocido.

En cuanto a las causas femeninas, que son las que predominan en la población estudiada, al compararlas con la literatura, se observa que las causas tubéricas de esterilidad representan entre el 20 y 40 % (para *Winhause*, 1986), aunque para *Hull* y otros (1985) solo el 14 %. El factor de ovulación, que también apareció en 2 casos, en las distintas estadísticas se calcula que el ovario es el responsable de la esterilidad entre el 15 y 38 % de todos los casos. La ausencia de ovulación por sí sola representa entre el 10 y el 15 %, aunque según *Hull* y otros (1986) alcanzan el 18 % y según *Speroff* y otros (1989) llegan al 20 %.¹⁹

Según un estudio colombiano de 2003, se plantea que el estudio de la pareja infértil siempre se ha enfocado considerando los factores siguientes: el ovulatorio (presente en alrededor de 20 % de las parejas), el útero-tubárico-peritoneal (se observa en el 30 % de las parejas), el de migración del semen (10 % de los casos) y el masculino (30 % de las parejas). Cerca de 40 % de todas las parejas infértiles presentan una combinación de factores, y aproximadamente el 15 % no evidencia ninguna alteración objetiva que lleve a un diagnóstico definido.²

En las parejas investigadas predominó el factor tubárico. Si analizamos el aumento de las ITS, el comienzo cada vez más precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia, entre otros factores de riesgo, creemos que puede tener una relación con este comportamiento. El EBS del consultorio tiene poco conocimiento de la causa de la infertilidad de las parejas que tienen en su área con este problema. Hay que significar que un grupo importante no tiene seguimiento, lo cual justifica este hecho. En este caso tendrían que conocer que tienen este problema para poder conducirlos por el sistema. De las 17 parejas que tienen seguimiento, y sobre todo de las 7 que tiene una causa definida, debía tenerse conocimiento en el consultorio.

Existen muchas insatisfacciones en estas parejas que le dan al problema una importancia mayor. Muchas de ellas se pueden analizar porque no siempre escuchando la opinión de una sola parte se puede llegar a conclusiones definitivas. Esto, unido al resto de los elementos que han podido comprobarse de falta de atención, desconocimiento de diagnósticos, entre otros, ratifican la necesidad de ver este tema como un componente importante de la calidad de vida de nuestra población al cual debemos conocer cada vez con más profundidad y buscarle todas las soluciones posibles.

El problema infertilidad en la población estudiada, a pesar de alcanzar proporciones numéricas tendentes a los límites inferiores de comportamiento general, alcanza una magnitud a destacar por los problemas de tratamiento e insatisfacción de la población que se manifiestan. La infertilidad se encontró fundamentalmente en edades óptimas para la reproducción, en relaciones estables, con una espera

prolongada y con predominio de infertilidad primaria de causa tubárica. La atención recibida por las parejas ha sido fuera del sistema de referencia y contrarreferencia de la atención sanitaria, y siendo un problema atendido a nivel secundario, con períodos de atención prolongados y sin respuestas diagnósticas ni terapéuticas, no han estado seguidos por el equipo de la APS. Predomina la insatisfacción con el seguimiento en las parejas que han logrado atención sanitaria por esta causa.

RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio de búsqueda activa a mayor escala para definir el comportamiento de este problema de salud en la población y contribuir a la solución en todos los casos que sea posible hacerlo.
- Dar seguimiento a este problema en el sistema diseñado para ello a nivel de la APS, y a su vez, reorganizarlo y perfeccionarlo.
- Retroalimentar a los servicios de infertilidad de las insatisfacciones que tienen las parejas seguidas para que se mejore su calidad de la atención.
- Priorizar los recursos necesarios para la solución de este sensible problema de salud que a nivel mundial está mucho más avanzado que en nuestro medio.

AGRADECIMIENTOS

Especiales agradecimientos a las enfermeras y técnicas *Madelaine Vicet Solís, Aracelis Jiménez Borroto, Francisca Palacios Delis, Sonia Ruiz Fuentes, Zoraida Polanco Blanco, Karina Herrera Hernández, Alba Mariño Marrero, María de los Angeles Velázquez, Bertalina López García e Isabel Ruedas Azua* del Policlínico "Héroes de Girón" del municipio Cerro de Ciudad de La Habana por su valiosa colaboración en la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González LI, Infertilidad y sexualidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 2001;17(3):291-5.
2. Brugo-Olmedo S, Chillik C, Kopelman S. Definición y causas de la infertilidad. Rev colomb obstet ginecol. 2003;54(4):227-48.
3. INEN. Infertilidad femenina de causa endocrina En: Mateo de Acosta O, Padrón RS y Más Díaz J, eds. Manual de diagnóstico y tratamiento en endocrinología y metabolismo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1985.p.31-44.
4. WHO Scientific Group. The epidemiology of infertility: Report of a WHO Scientific Group. Geneva, 1975: (WHO Tech. Report Series; No. 582).
5. Cates W, Farley TMM, Rowe PJ. Worldwide patterns of infertility. Is Africa different? Lancet. 1985;1:596-8.

6. Padrón RS, Guillén M, Martínez V, Senén L. Epidemiología de la infertilidad en Cuba. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1996;6:80-4.
7. Farley TMM. The WHO standardized investigation of the infertile couple. En: Ratnam SS, Teoh ES, Anandakumar C, eds. *Workshop on the investigation of the subfertile couple. WHO task force on the diagnosis and treatment of infertility. Infertility male and female.* t4. London: Parthenon; 1986.p.7-19.
8. WHO. Special Programme of Research. Development and research training in human reproduction. Task Force on the Diagnosis and Treatment of Infertility. *Annual Report.* 1984:2.
9. WHO. Special Programme of Research, development and research training in human reproduction. *Annual Technical Report.* 1996:3.
10. Crisosto C, Cheviakoff S. Esterilidad conyugal. En: *Ginecología.* 2da. ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1995:381-99.
11. Jadur S, Salama E. La consulta médica en infertilidad: posibilidad de encuentros. *Reproducción.* 2000;15(2):93-6.
12. Más Díaz J, Padrón Durán RS, Oliveros González A, Lanier Soto O, Seuc Jo A. Atención a la pareja infértil en el nivel primario de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1996;12(1):10-9.
13. Vanegas Estrada R, Veranes Arias M. Estudio de 212 parejas estériles. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1984;10(3):308.
14. Guillén Pérez M, Candelario Madariaga M, Cruz Roja Z, Leónard Castillo A, Padrón Durán RS. Prevalencia de la infertilidad e importancia de la labor de enfermería en éste campo. *Rev Cubana Enfermer.* 1992;8(2):92-101.
15. Padrón RS, Martínez V. Prevalencia de infertilidad en un sector urbano-rural. *Rev Cubana Endocrinol.* 1993;4(1):3-12.
16. Fernández Cueto A, Rivero Díaz R. Trastornos de la fertilidad en el municipio Arroyo Naranjo. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1997;23(1):18-24.
17. Veranes M. Evaluación de la pareja infértil. *Ginecología y Obstetricia.* La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.p.373-57.
18. Armengol V, Fuhrmann I. La familia, un sistema alejado del equilibrio en terapia sistémica y contexto social. Madrid: Editorial Aron; 1991.p.15-20.
19. Hernández A, Padrón Durán RS, Seuc Jo A. Caracterización de la mujer infértil. Resultados de un estudio estandarizado. *Rev Cubana End* 1999;10(1):16-24.

Recibido: 20 de mayo de 2008.
Aprobado: 2 de agosto de 2008.

Amaylid Arteaga García. Edificio 7C, apto. 12, Micro X, Alamar, municipio Habana del Este, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: amaylidarteaga@infomed.sld.cu