



Anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas

RESUMEN

Antecedentes: alrededor de 10% de las mujeres en edad reproductiva padecen una enfermedad crónica y por ello mismo no siempre recurren a la anticoncepción; el embarazo les incrementa el riesgo de mayor morbilidad y mortalidad materno-fetal.

Objetivo: conocer el alcance de la anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas, métodos anticonceptivos utilizados y demanda insatisfecha.

Material y métodos: estudio descriptivo efectuado mediante la aplicación de una encuesta elaborada por la Coordinación Normativa de Salud Reproductiva del IMSS, que explora los datos socio-demográficos, tipo de anticoncepción, causa de no protección y participación del médico. El tamaño de la muestra se estimó en 385 mujeres en edad fértil con enfermedad crónica.

Resultados: se entrevistaron 428 mujeres de 30-49 años de edad; 53% casadas y con diversas enfermedades; solo 84% recurría a la anticoncepción. Los métodos definitivos (47%) fueron los más empleados, seguidos por el condón (20%), dispositivo intrauterino (13%) y otros en menor proporción. El 38.5% de las pacientes con vida sexual corre el riesgo de embarazarse por falta de uso de un método o por emplear uno de baja efectividad y continuidad.

De 45 (16%) pacientes con vida sexual que no empleaba un método, 29% no lo usan por deseo de embarazo, 18% por efectos secundarios y el resto por otros motivos. De estas mismas pacientes 21 deseaban embarazarse y 24 no, esto constituye una demanda insatisfecha de 53.3%. Solo 83.4% de las pacientes recibió información del riesgo para su salud y vida que correrían en caso de embarazarse.

Conclusión: el alcance de la anticoncepción es bajo y la demanda insatisfecha es más alta que en la población general. Se requiere una participación mucho más eficaz y comprometida por parte del personal de salud que atiende al grupo de pacientes con alto riesgo reproductivo.

Palabras clave: anticoncepción, demanda insatisfecha, enfermedades crónicas, muerte materna.

Contraception in women with chronic diseases

ABSTRACT

Background: Almost 10% of women in reproductive age had a chronic disease, and contraception is frequently ignored by these patients. The lack of use of contraceptives methods has a higher repercussion in these patients; if pregnant, the risk is increased in morbidity and fetal-maternal mortality.

María Guadalupe Veloz-Martínez¹
Juan Carlos Hinojosa-Cruz¹
Víctor Saúl Vital-Reyes¹
Geomar Ivonne Becerra-Alcántara¹
Jaime Delgadillo-Plascencia²

¹ Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia 3, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, México DF.

² Coordinación de Salud Reproductiva, Delegación Norte del Distrito Federal, IMSS.

Recibido: abril 2015

Aceptado: junio 2015

Correspondencia

Dra. María Guadalupe Veloz Martínez
División de Investigación
UMAE Hospital de Ginecología y Obstetricia 3
Centro Médico Nacional La Raza, IMSS
Seris y Antonio Valeriano s/n
02990 México DF
maria.veloz@imss.gob.mx
lupitaveloz_1@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

Veloz-Martínez MG, Hinojosa-Cruz JC, Vital-Reyes VS, Becerra-Alcántara GI, Delgadillo-Plascencia J. Anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas. Ginecol Obstet Mex 2015;83:393-399.

Objectives: to know the contraceptive coverage in women with chronic degenerative diseases, the kind of contraceptive methods and the unsatisfied demand.

Material and methods: A descriptive study was made with the application of a survey from the one elaborated by the IMSS. It explores contraception socio-demographic data, causes of non-protection and also explores Medical Doctor (MD) participation. Sample size was calculated in 385 women in reproductive age with a chronic disease.

Results: 428 women about 30-49 years old were interviewed, 53% of them were married, they had various diseases, the contraceptive coverage was 84%. The definitive methods were the most used with 47%, followed by the condom with 20%, intrauterine device with 13% and others in minor proportion. 38.5% of patients with sexual life have risk of pregnancy for lack of use of method or for using one of low effectiveness and continuity.

Of 45 (16%) patients with sexual life that did not use methods, 29% because they wish pregnancy, 18% by collateral effects and the rest for other causes. From this same patients 21 wished getting pregnant and 24 did not, this is an unsatisfied demand of 53%. The MD's informed about risks in case of pregnancy of 83.4% of the patients.

Conclusions: The contraceptive coverage is low and the unsatisfied demand is higher than in the general population. It requires the effective participation of health personal in this group of high reproductive risk.

Key words: Contraception, unsatisfied demand, chronic degenerative disease, maternal death.

ANTECEDENTES

Alrededor de 10% de las mujeres en edad reproductiva con alguna enfermedad crónica no recurren a la anticoncepción hormonal¹ porque ignoran el elevado riesgo reproductivo que implica para ellas el embarazo. A este respecto, Gleicher señala que el desarrollo de un embarazo contraindicado debe considerarse una falla de la atención médica. El inicio de un embarazo en esta situación representa una apreciación equivocada del estado de la enfermedad médica de la mujer antes de la concepción o, bien, el fracaso de un método anticonceptivo apropiado.

La evaluación cuidadosa de estos dos puntos representa una parte integral del proceso de asesoramiento previo a la concepción.

Puesto que los obstetras rara vez ven a las pacientes antes de que se produzca la concepción, la estrecha cooperación entre las diferentes especialidades médicas es esencial en el proceso de asesoramiento previo.²

En México y Estados Unidos más de 50% de los embarazos no son planeados,^{3,4} a pesar de la amplia oferta de métodos anticonceptivos existentes. En 2008, en el ámbito mundial,



solo 63% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad unidas a un varón usaban algún método de planificación familiar, mientras que 11% tenían demanda insatisfecha, esto es, no usaban un método a pesar de no desear un hijo o de querer posponer el embarazo.⁵ En México, de acuerdo con estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2000 la disponibilidad de anticonceptivos era de 70.8% para las mujeres en edad fértil unidas, mientras que la demanda insatisfecha en 1997 se ubicaba en 12.1%.⁴

A pesar de los riesgos que pueden tener las pacientes con enfermedades crónicas, algunas permanecen sin protección anticonceptiva. Las razones son múltiples, pero destaca la baja percepción del riesgo que implica el embarazo.⁶ En las pacientes con enfermedades crónicas graves no siempre es fácil indicar un método, porque algunos están contraindicados o pueden tener efectos adversos; sin embargo, el riesgo por el embarazo con frecuencia es más grande que el derivado de los efectos secundarios de los anticonceptivos.⁷ En las últimas décadas se han aprobado anticonceptivos que en su formulación contienen progestinas que, incluso, pueden ser benéficas para algunas pacientes.⁸ La prescripción del mejor método debe apoyarse, entre otros, en los criterios de elegibilidad de la OMS.⁹

A pesar de que ciertas enfermedades pueden empeorar por el embarazo o asociarse con resultados adversos,^{10,11} al parecer las pacientes con enfermedades crónicas no son atendidas en sus necesidades de anticoncepción, excepto un porcentaje mínimo.¹² También está reportado que las pacientes diabéticas en edad reproductiva excepcionalmente reciben consejería en anticoncepción durante las visitas ambulatorias al médico.¹³

El incremento del VIH-sida y de las enfermedades crónicas degenerativas, como la hipertensión,

diabetes mellitus y las respiratorias ha contribuido a poner más atención en las pacientes embarazadas con estas comorbilidades porque sus complicaciones pueden ser la causa principal de muerte.^{14,15}

La muerte obstétrica indirecta, consecuencia de una enfermedad existente antes del embarazo o debida a una enfermedad que evoluciona durante el mismo, se ha incrementado en algunos países,¹⁵ incluido México.¹⁶ En el Instituto Mexicano del Seguro Social de 1991-1997, 88.9% de las muertes maternas fueron por causas directas y 9.5% por causas indirectas; para el periodo 1998-2005 el porcentaje fue 77.6% directas y 22.4% indirectas.¹⁶ La protección anticonceptiva con métodos de alta efectividad y continuidad es indispensable en las pacientes con enfermedades crónicas para evitar embarazos no planeados que pongan en riesgo su vida.¹⁷

El objetivo de este estudio es conocer el alcance de la anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas, métodos anticonceptivos utilizados y demanda insatisfecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de una encuesta aplicada a 428 mujeres en edad fértil, derechohabientes, que asistieron a la consulta externa del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS, México DF. Las pacientes se atendieron en diferentes hospitales del Centro Médico, excepto en el Hospital de Ginecología y Obstetricia, por lo que no eran grupos a los que pudiera hacerse seguimiento, esto aunado al hecho de que son referidas para atención especializada y una vez satisfecho el motivo de envío, son dadas de alta a su unidad médica de primer nivel de atención para continuar el tratamiento.

Se identificaron las pacientes en el grupo de edad de 15 a 49 años y que reconocieron padecer

alguna enfermedad crónica. Se les aplicó la encuesta de “Salud Reproductiva en Área Laboral”, elaborada por la Coordinación Normativa de Salud Reproductiva del IMSS, mediante entrevista personal. La encuesta explora datos sociodemográficos como: edad, estado civil, actividad sexual, frecuencia de relaciones sexuales en el último año, tipo de anticoncepción utilizado y causa de no protección. Se agregaron tres preguntas: 1) ¿Qué tipo de enfermedad padece?, 2) El médico que la atiende le ha informado los riesgos en caso de embarazo y 3) El médico que la atiende le indicó que debe utilizar un método anticonceptivo. La información de los cuestionarios se capturó en una base de datos del programa SPSS Info versión 20. Se empleó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se entrevistó a 428 pacientes con límites de edad de 15 a 49 años; 311 (72.5%) eran menores de 40 años (Cuadro 1).

Estado civil: 230 (53%) casadas, 144 (34%) solteras, 33 (8%) unión libre, 10 (2%) viudas, 8 (2%) separadas y 3 (1%) divorciadas.

Las enfermedades crónicas reportadas fueron muy diversas, por lo que se decidió agrupar por sistema u órgano afectado. De las enfermedades renales predominaron la insuficiencia renal y

el antecedente de trasplante, en las endocrinas predominó la diabetes y las enfermedades tiroideas, en las enfermedades autoinmunes el lupus eritematoso sistémico fue la más frecuente, las cardiopatías fueron congénitas y adquiridas, de las enfermedades hematológicas predominaron leucemias y linfomas, se registraron 22 casos de cáncer, 10 correspondieron a cáncer de cabeza y cuello. Las enfermedades gastrointestinales más frecuentes fueron: gastritis, colitis y reflujo severo. En las enfermedades neurológicas la epilepsia fue la más frecuente. En las afecciones pulmonares predominó el asma. La frecuencia de las enfermedades por grupo se muestra en el Cuadro 2.

Del total de pacientes entrevistadas 283 (66.1%) reportaron actividad sexual y 145 (33.9%) refirieron no haber tenido actividad sexual en los últimos 12 meses (Cuadro 3).

De las pacientes con vida sexual 239 (84%) eran usuarias de método de planificación familiar. Como se muestra en el Cuadro 4, los métodos anticonceptivos más frecuentemente reportados fueron los definitivos, seguidos por los de barrera y DIU. En el Cuadro 4 está la distribución de todos los métodos empleados por las pacientes con vida sexual, según su padecimiento. Al

Cuadro 1. Distribución de pacientes encuestadas por grupos de edad

Grupos de edad	n=428 f(%)
15-19	37 (8.6)
20-24	54 (12.6)
25-29	61 (14.3)
30-34	79 (18.5)
35-39	80 (18.7)
40-44	57 (13.3)
45-49	60 (14.0)

Cuadro 2. Distribución de enfermedades por sistema u órgano afectado

Patología	n=428 f(%)
Nefrológica	97 (22.7)
Endocrina	92 (21.5)
Inmunológica	88 (20.6)
Cardiovascular	39 (9.1)
Hematológica	32 (7.5)
Oncológica	22 (3.3)
Gastrointestinal	14 (3.5)
Neurológica	15 (5.1)
Neumológica	11 (2.6)
Otras	18 (2.6)

**Cuadro 3.** Periodicidad de la actividad sexual

	n=428 f (%)
De 1 a 7 veces a la semana	142 (33.2)
Cada quince días	63 (14.7)
Cada mes	43 (10)
Ocasionalmente	35 (8.2)
No ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses	145 (33.9)

sumar 16% de pacientes sin método, más 20% de usuarias de preservativo más 2.5% de coito interrumpido y pastillas, se tiene que 38.5% de las pacientes tienen riesgo de embarazo.

Las causas por las que 45 pacientes no recurren a algún método fueron: 13 (28.9%) deseaban embarazarse, 8 (17.8%) por antecedente o temor a efectos colaterales, 4 (8.9%) por enfermedad propia o de su pareja, 4 (8.9%) por no decidirse, 4 (8.9%) por que las relaciones sexuales no son frecuentes, 2 (4.4%) por lactación, 2 (4.4%) por menopausia, 1 (2.2%) por infertilidad, 1 (2.2%) porque no sabe cómo se usan y 6 (13.3%) por otras causas.

A las pacientes no usuarias de método anticonceptivo se les cuestionó de manera concreta si deseaban embarazarse: 24 respondieron que no, lo que constituye una demanda insatisfecha de 53.3%.

A propósito de la participación de los médicos, 357 (83.4%) pacientes señalaron que su médico les recomendó el empleo de algún método anticonceptivo porque embarazarse constituía un riesgo. 71 pacientes (16.6%) indicaron no haber sido informadas de los riesgos del embarazo ni de la pertinencia de protección anticonceptiva; en este grupo de pacientes que no recibieron información estaban 24 que no recurrían a ningún método.

DISCUSIÓN

La cobertura anticonceptiva de 84% podría considerarse muy buena, incluso mayor que la reportada a nivel nacional de 70.8%.⁴ Sin embargo, solamente 61.5% de las pacientes con vida sexual activa se encuentra con protección anticonceptiva de alta efectividad y continuidad. Dicho de otro modo 38 de cada 100 mujeres

Cuadro 4. Distribución de métodos anticonceptivos utilizados según los grupos de enfermedades en las pacientes sexualmente activas

Patología	Total n=283 100%	Ningún método n=45 16%	Esterilización femenina* n=116 41%	Condón n=57 20%	DIU n=38 13%	Vasectomía n=16 6%	Coito interrumpido n=4 1.50%	Pastillas n=3 1%	Implante n=2 0.75%	Inyectable n=2 0.75%
Nefrológica	60	7	28	11	9	3	0	2	0	0
Endocrina	57	11	18	15	8	3	1	0	1	0
Inmunológica	53	8	25	10	6	4	0	0	0	0
Cardiovascular	33	6	13	5	5	2	0	1	0	1
Hematológica	20	4	6	5	3	1	1	0	1	0
Gastrointestinal	11	2	5	1	1	2	0	0	0	0
Neurológica	9	2	3	2	1	1	0	0	0	0
Oncológica	18	1	10	1	4	0	0	0	0	1
Neumológica	7	1	4	1	1	0	0	0	0	0
Otra	15	3	4	6	0	0	2	0	0	0

*Incluye 26 pacientes con histerectomía

con una o más enfermedades crónicas, tienen riesgo de embarazo.

Si bien un porcentaje elevado de pacientes tiene métodos definitivos o emplean un dispositivo intrauterino, es inquietante la cantidad de pacientes con riesgo de embarazo, por lo que debemos recalcar que un embarazo no intencionado en estas pacientes constituye un riesgo de salud inaceptable que debe ser advertido. La posibilidad de embarazo al no usar método anticonceptivo es de 85% y con el condón masculino es de 15%.⁹ La OMS indica que el solo uso de anticonceptivos de barrera y métodos basados en la conducta (por ejemplo coito interrumpido) puede no ser lo más apropiado para estas pacientes.⁹

Nuestros resultados muestran que más de 80% de las pacientes fueron advertidas de la necesidad de usar un método anticonceptivo y de estar en riesgo en caso de embarazo; sin embargo, la información ofrecida parece no ser suficiente. Las mujeres con enfermedades crónicas que se embarazan se complican más e incluso llegan a morir, las muertes maternas por causas indirectas van en aumento.¹⁶

En vista de lo expuesto y de que la paciente con enfermedad crónica raramente acude al médico en busca de anticoncepción, o que incluso es probable que interactúen por primera vez con el sistema de salud al buscar atención durante su embarazo^{13,17} la participación de todo el personal de salud, y en particular del médico, debe ser proactiva interrogando intencionalmente acerca de la protección anticonceptiva, promoviendo el empleo de métodos seguros y efectivos mediante una adecuada consejería e incluso en algunos casos graves (sin violentar los derechos de las pacientes) proponiendo métodos definitivos, o bien asegurándose de que la paciente reciba la asesoría necesaria por parte de personal experto en salud reproductiva.

Los métodos definitivos y los dispositivos intrauterinos son, en términos generales, una buena opción para la mayoría de las pacientes con enfermedades crónicas aunque no hay una que sea universal, por esto es recomendable que el médico que va a prescribir el método anticonceptivo consulte siempre los criterios de elegibilidad de la OMS,⁹ para orientar y proporcionar el método más seguro y efectivo en cada caso. La anticoncepción en estos casos impone retos para la mujer y el personal médico que la asesora. La demanda insatisfecha en este grupo de pacientes es demasiado elevada (53.3%) en comparación con la misma situación en la población general (12%).⁴ Todo indica, como lo han demostrado los investigadores, que estas pacientes no conocen con suficiencia su enfermedad y la relación con el embarazo. Kittisiam y sus colaboradores¹⁸ reportaron que en un grupo de pacientes con lupus eritematoso 28.8% estaban en riesgo de embarazo y solo un tercio usaba anticoncepción eficaz y una quinta parte carecía de los conocimientos básicos de la enfermedad y su relación con el embarazo. Concluyeron que es necesaria la participación del equipo multidisciplinario para que la paciente conozca su enfermedad y la relación con el embarazo y tenga una consejería anticonceptiva correcta.

Las pacientes sin vida sexual también son un grupo de riesgo, porque en cualquier momento pueden reanudarla y con ello exponerse a las consecuencias adversas para su salud. Por esto es necesario que reciban orientación acerca de los riesgos que corren en caso de resultar embarazadas y consejería para que con oportunidad adopten el método anticonceptivo más efectivo y adecuado de acuerdo con su padecimiento y preferencia. Es importante que las mujeres participen en el cuidado de su salud, incluida la salud sexual y reproductiva, de manera consciente y responsable para asumir los riesgos de un embarazo, o recurrir al uso del método anticonceptivo ideal para su situación. Cualquier



medida encaminada a mejorar el alcance de la anticoncepción en las pacientes con enfermedades crónicas se reflejará en la disminución de la mortalidad materna.¹⁷

CONCLUSIONES

El alcance anticonceptivo con métodos que favorecen la continuidad y eficacia en mujeres con alto riesgo obstétrico es bajo (61.5%). Los métodos más utilizados son los definitivos, seguidos por el dispositivo intrauterino y la T de cobre. Más de 38% de las pacientes tiene riesgo de embarazarse por la elevada demanda insatisfecha (53.3%) de métodos idóneos e ino- cuos que demanda la participación efectiva del personal de salud en este grupo de alto riesgo reproductivo.

REFERENCIAS

1. Neinstein L. Contraception in women with special medical needs. *Compr Ther* 1998; 24:229-250.
2. Gleicher N. Principles of medical care. 3ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2000; 1-13
3. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011;84(5):478-485
4. Archivos del Consejo Nacional de Población. Indicadores de Salud Reproductiva de la República Mexicana. (Consultado en 2014, agosto 15). Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Republica_Mexicana
5. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias mundiales 2012. (consultado en 2014, julio 27). Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
6. Ayoola AB, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. *J Womens Health* 2007;16:302-310.
7. Sullivan JM, Lobo RA. Considerations for contraception in women with cardiovascular disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:2006-2011.
8. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG practice bulletin. No. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol* 2006;107:1453-1472.
9. Organización Mundial de la Salud, departamento de salud reproductiva. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. 4th ed. 2009. (Consultado en 2014, julio 27). Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
10. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL: Contraception choices in women with underlying medical conditions. *Am Fam Physician* 2010;82:621-8.
11. Laraa B, Fornet F, Goyac M, López F, De Miguel J, Molinaf M, et al. Anticoncepción, embarazo y enfermedades respiratorias minoritarias. *Arch Bronconeumol* 2012;48:372-378.
12. DeNoble AE, Hall KS, Xu X, Zochowski MK, Piehl K, Dalton VK. Receipt of prescription contraception by commercially insured women with chronic medical conditions. *Obstet Gynecol* 2014;123:1213-1220.
13. Schwarz EB, Maselli J, Gonzales R. Contraceptive counseling of diabetic women of reproductive age. *Obstet Gynecol* 2006;107:1070-1074.
14. WHO Statistical Information System (WHOSIS). World Health Statistics 2008. (Consultado en 2014, abril 10). Disponible en <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
15. Cross S, Bell JS, J Graham W: What you count is what you target: the implications of maternal death classification for tracking progress towards reducing maternal mortality in developing countries. *Bull World Health Organ* 2010;88:147-153.
16. Velasco MV, Navarrete-HE. Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambios. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44:S121-S128.
17. Kidwell DJ. La creciente carga que representan las enfermedades crónicas: Implicancias para la salud reproductiva. *Outlook* 2009; 26(1). (Consultado en 2015, mayo 12). Disponible en http://www.path.org/publications/files/RH_outlook_26_1_sp.pdf
18. Kittisiam T, Werawatakul Y, Nanagara R, Wantha O. Low prevalence of contraceptive counseling at Srinagarind hospital, Thailand among women of reproductive age with systemic lupus erythematosus. *Reprod Health* 2013; 10:21. doi: 10.1186/1742-4755-10-21. (Consultado en 2015, mayo 12). Disponible en <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/21>