

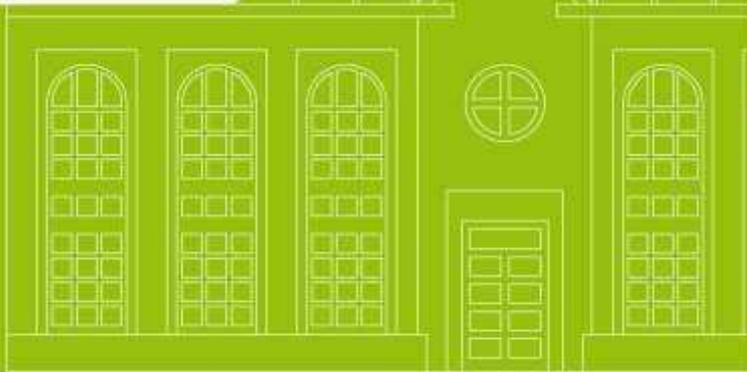
ESPA

ESTUDIO DE ESTERILIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA EN HUELVA CAPITAL



PRODUCTO 5

Presentación final con resultados definitivos de Huelva y aproximación a la validez externa con respecto a la población portuguesa
Septiembre 2011



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD



Unión Europea
FEDER
Invertimos en su futuro



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Estudio de esterilidad en Huelva Capital
Presentación final con resultados definitivos de Huelva y aproximación a la validez externa con respecto a la población portuguesa

5 de Septiembre de 2011



Índice

- 1. Introducción y metodología**
- 2. Resultados**
 - Perfil de la entrevistada
 - Estilos de vida
 - Estado de salud
 - Antecedentes ginecológicos
 - Perfil de la pareja
 - Historial médico y reproductivo del hombre
- 3. Síntesis y conclusiones finales**
- 4. Aproximación a la validez externa con respecto a la población portuguesa**



Salud Reproductiva
Femenina
Huelva

Escuela Andaluza de Salud Pública
Septiembre de 2011





Introducción y metodología

Salud Reproductiva Femenina



Unión Europea
FEDER
Invertimos en su futuro



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Introducción y objetivos

El proyecto de **esterilidad en la capital de Huelva** es un proyecto de investigación sobre salud reproductiva femenina enmarcado en las iniciativas Interreg de Cooperación transfronteriza Algarve-Andalucía y realizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

El objetivo principal del estudio es **conocer la prevalencia de esterilidad** entre la población femenina en edad fértil de la capital onubense, así como determinar cual es el **perfil de las parejas que tienen dificultades para lograr un embarazo y sus necesidades sanitarias**, de tal forma que puedan definirse los futuros programas sanitarios de reproducción de la Comunidad Autónoma.

Puesto que la información necesaria para la investigación abarcaba cuestiones altamente sensibles y personales, se tuvo en cuenta la necesidad de utilizar un sistema de recogida de información que incomodara lo menos posible a la población de estudio. Para ello, se utilizó un sistema de cuestionario mediante **entrevista CAPI asistida por ordenador**, que permitía que ésta fuese **autoadministrada** en gran parte de la misma. El hecho de que la entrevistada completase ella misma una parte de la entrevista, facilitaba la **privacidad** y aseguraba una mayor **sinceridad** en las respuestas obtenidas.

Los principales resultados de esta investigación se describen en las páginas siguientes.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Salud Reproductiva Femenina > Introducción y metodología

Metodología de la Investigación

Diseño: Estudio descriptivo transversal

Ámbito: Huelva capital.

Universo: Mujeres residentes en Huelva capital de entre 30 y 49 años.

Recogida de información: Entrevista personal, mediante cuestionario, asistido por ordenador en soporte CAPI, con un apartado autoadministrado.

Cuestionario: De tipo estructurado, de 20 minutos de duración media.

Diseño y selección de la muestra: Selección aleatoria de los puntos de muestreo cubriendo todos los distritos de Huelva capital, distribuidos proporcionalmente según la población de cada sección censal. La selección del hogar se realizó por el método de rutas aleatorias, distribuyendo el número de entrevistas correspondientes a cada distrito en rutas de 8 viviendas. La selección última, en caso de que dos o más personas en el hogar cumplieran el criterio de selección, se realizó por el método del último cumpleaños.

Muestra y error muestral asociado: 443 entrevistas. El margen de error global de los datos obtenidos fue de $\pm 4,71\%$ (para un nivel de confianza del 95,5% y la hipótesis más desfavorable: $p=q= 50$).

Fechas del trabajo de campo: Del 10 al 28 de marzo de 2011, realizado por TNS Demoscopia

Análisis de la información: Análisis descriptivo y bivalente de las variables de estudio, ponderado según edad y distrito de residencia.



Cuestionario de recogida de información

DISEÑO:

A la hora de planificar la recogida de información se tuvo en cuenta que puesto que algunos de los temas tratados eran de carácter sensible e íntimo, era pertinente la utilización de una **metodología específica**.

Por otra parte era necesaria la presencia de un entrevistador: una persona física que explicara a la entrevistada el **motivo e importancia** del estudio, y que a la vez posibilitase que la recogida de la información fuese **fluida y sin errores**.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, se optó por el uso de **metodología CAPI**, manejada por el entrevistador casi en su totalidad, excepto en un apartado **autoadministrado** que garantizase la **intimidad y confidencialidad** necesarias, aumentando al mismo tiempo la **fiabilidad** de los resultados obtenidos.

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO:

Las preguntas se introdujeron en un **orden determinado**, (sociodemográficas, hábitos de vida, antecedentes médicos y ginecológicos, historial de embarazos, relaciones sexuales y posibles dificultades, historial de pareja) intentando establecer gradualmente una buena **relación de confianza** entre entrevistadora y entrevistada.

Así, se comenzó por las preguntas sobre características sociodemográficas, evitando abordar las cuestiones demasiado personales al comienzo, llegando paulatinamente a las preguntas que podrían contener aspectos más delicados que se completaban de forma autoadministrada, y en las que el entrevistador no intervendría ya de forma alguna.

Al inicio de la sección autoadministrada, se incluyó una nota informativa a la entrevistada que explicaba las razones de inclusión de esta sección, así como la forma de completar la misma a través de preguntas-prueba.



Cuestionario de recogida de información

PROGRAMACIÓN:

En la programación del cuestionario CAPI (Computer Assisted Personal Interview), se incluyeron los **filtros y controles** de consistencia/inconsistencia usuales para su correcta aplicación.

Éstos consistían esencialmente en avisos a la entrevistadora de posibles errores en la cumplimentación del cuestionario en el momento mismo que se introducían las respuestas: además de cerciorarnos de que no quedaban preguntas sin respuesta, asegurábamos de que las variables numéricas, numerosas en el cuestionario, fuesen correctamente cumplimentadas incluyendo una serie de rangos límite para evitar respuestas ilógicas.

FORMACIÓN Y PERFIL DEL PERSONAL DE CAMPO:

Con el fin de generar la suficiente confianza entrevistadora-entrevistada, las entrevistas fueron realizadas **sólo por mujeres, entrevistadoras** de TNS formadas en la realización de entrevistas personales.

Todo el personal implicado (responsables de trabajo de campo, entrevistadoras, supervisores, y responsables de proceso de datos) recibieron un **briefing específico** sobre el estudio, además de instrucciones escritas en las que se incluyeron definiciones de conceptos básicos, descripción del planteamiento metodológico y aclaraciones de posibles dudas en la comprensión del cuestionario

CUESTIONARIO PILOTO:

Con el objetivo de verificar el correcto funcionamiento del cuestionario y esencialmente, comprobar la correcta comprensión de las preguntas por parte de las entrevistadas, así como la detección de cuestiones que podrían generar rechazo, se llevó a cabo un estudio piloto de 29 entrevistas. Estas se realizaron siguiendo **la misma metodología** que seguiría el cuestionario final, en diferentes distritos de Huelva capital y a diferentes perfiles de edad.



Cuestionario de recogida de información

Tras el pilotaje y modificaciones pertinentes, el cuestionario final constó de **9 bloques de información con las siguientes variables:**

1. Perfil sociodemográfico de la entrevistada

Edad, Lugar de nacimiento. Nivel de estudios. Estado civil. Situación laboral. Horas trabajo semanal, Contacto con productos químicos o tóxicos. Contacto con calor intenso/ temperatura alta. Entorno de la vivienda (malos olores, contaminación del aire, cercanía de industria contaminante, calidad del medio ambiente de su barrio).

2. Hábitos de vida de la entrevistada

Peso. Altura. Consumo de tabaco. Consumo de alcohol. Tipo de actividad física de su trabajo o actividad habitual. Tipo de ejercicio físico (tiempo libre). Consumo de fármacos. Consumo de anticonceptivos orales. Años de consumo de anticonceptivos orales. Estrés y consumo de fármacos. Estado de salud. Enfermedades crónicas (padecimiento, medicación/ terapia recibida, limitación actividades habituales)

3. Antecedentes ginecológicos

Edad de la primera menstruación. Regularidad del periodo. Edad último periodo. Días entre periodos menstruales. Duración periodo. Variación en el número de días de duración. Síntomas del SPM. Dismenorrea. Exámenes médicos (LH urinario. Histerosalpingografía (HSG). Espermograma de su pareja actual. Exámenes de sangre hormonales. Biopsia de Endometrio. Laparoscopia / histeroscopia. Ecografía ginecológica). Cirugía ginecológica. Vacuna contra la rubeola. Padecimiento de Varicela. Citología vaginal y resultado. Mamografía.

4. Historial de embarazos

Tenencia hijos biológicos. Número hijos. Edad en el nacimiento. Tiempo transcurrido hasta embarazo. Método embarazo. Dificultad de quedarse embarazada (Consultas. Motivos) Tratamientos de fertilidad recibidos (Número de ciclos. Lugar de tratamiento)



Cuestionario de recogida de información

5. Sección autocumplimentada (1).

Mantenimiento de relaciones sin protección (Intención de quedarse embarazada. Periodicidad relaciones sexuales. Embarazos y resultado). Historial médico y ginecológico (Dispaurenia. Endometriosis. Utilización DIU. Uso test de ovulación. Padecimiento de Clamidia o Gonorrea. Secreción por los senos. Exceso de vello. Anorexia ó bulimia. Quiste ovárico) Historial familiar (Abortos espontáneos. Niños/as con discapacidad física o mental o con necesidades especiales) Consumo de drogas.

6. Información sociodemográfica de la pareja.

Edad. Lugar de nacimiento. Nivel de estudios. Estado civil. Situación laboral. Horas trabajo semanal. Contacto con productos químicos o tóxicos. Contacto con calor intenso/ temperatura alta.

7. Hábitos de vida de la pareja.

Peso . Altura pareja. Consumo de tabaco pareja. Consumo de alcohol. Tipo de actividad física de su trabajo o actividad habitual. Tipo de ejercicio físico (tiempo libre). Consumo de fármacos. Estrés y consumo de fármacos.

8. Historial médico y reproductivo de la pareja. Sección autocumplimentada (2).

Tenencia hijos otras relaciones. Problemas para tener hijos. Dificultad de erección. Dificultad con la eyaculación. Daño serio en los genitales. Infección en el pene, testículos o próstata. Varicocele. Algún otro problema genital. Historial familiar (Abortos espontáneos. Niños/as con discapacidad física o mental o con necesidades especiales) Consumo de drogas

9. Apartado de evaluación final (a completar por la entrevistada).

Personas presentes en la entrevista. Nivel de cooperación. Nivel de comprensión. observaciones



Recogida de información

DISEÑO MUESTRAL Y PROCESO DE CAMPO:

El diseño muestral fue **probabilístico** por conglomerados (secciones censales) con submuestreo y estratificado (distritos censales).

En primer lugar se distribuyeron **proporcionalmente** las entrevistas a realizar en cada uno de los 8 distritos de Huelva (estratos), según edad. Posteriormente se seleccionaron aleatoriamente las **secciones censales** donde realizar las entrevistas, y dentro de éstas también aleatoriamente, se seleccionan los **puntos de partida**. En cada sección censal se realizó una **ruta**, y cada ruta debería tener normalmente 8 entrevistas.

En caso de que dos o más personas en el hogar cumplieran el criterio de selección (mujer de entre 30 y 49 años) se entrevistó a la que **cumplió años en el último lugar**. Se realizó un **control** de entrevistas realizadas por edad, verificando que las entrevistas realizadas en cada distrito fuesen coherentes con la distribución real por edad en el mismo.

Las visitas a los hogares se realizaron **todos los días de la semana**, en horario de **mañana y de tarde**, para que todos los perfiles pudieran ser localizados, evitando sesgos en la muestra.

GESTIÓN DE RUTAS:

El cuestionario se aplicó siempre en soporte CAPI, realizándose también con esta aplicación la gestión de las rutas, mediante un programa que enlazaba directamente con el cuestionario cuando se elegía el hogar.

Este programa permitía al entrevistador recibir la **asignación de rutas** a realizar directamente desde la central de la empresa encargada de hacer la encuestas, **gestionar** las mismas, y anotar el **detalle de situaciones** en contactos y revisitas, facilitando las posibles sustituciones.



Recogida de información

MATERIALES:

El programa de gestión de rutas y los cuestionarios se han aplicado siempre en soporte CAPI.

Las entrevistadoras contaban con **instrucciones escritas**, tanto de la gestión de rutas como de la metodología del estudio, así como las instrucciones específicas del mismo.

Se utilizó una **carta de presentación** facilitada por la EASP, que se entregó en todos los hogares donde se realizó el estudio. Como **agradecimiento** por la participación, se obsequió a las entrevistadas una vez concluida la entrevista (y sin conocimiento previo), con un DVD de cocina saludable facilitado por la EASP.

CONTROLES DE CALIDAD

Además de los controles programados en el propio soporte de encuesta, se sometió al trabajo llevado a cabo por la totalidad de las entrevistadoras implicadas a una **supervisión** informática para detectar posibles incoherencias en los datos recibidos.

Asimismo se realizó a **supervisión telefónica** al 24% de las entrevistas realizadas.

PROCESO DE DATOS Y RESULTADOS

En una primera fase se ha procedido a la realización de un análisis descriptivo de la totalidad de variables recogidas en el estudio (tablas de frecuencia para las variables cualitativas y resúmenes numéricos para las variables cuantitativas), **ponderando** las mismas por edad y distrito de residencia.

Adicionalmente, para estudiar la posible relación entre las situaciones de esterilidad con el resto de variables se realizó un análisis bivariante mediante tabla de contingencia, mostrándose en la siguiente presentación únicamente aquellos casos en los que las **diferencias encontradas ha resultado estadísticamente significativas**.



Entrevistas realizadas Vs. muestra proporcional

EDAD	DISTRITO	Distribución del universo	Distribución proporcional entrevistas (A)	Entrevistas realizadas (B)	Diferencia (B-A)	% Realización alcanzado (B/A)
30-34	1	3,43%	15	13	-2	87%
	2	3,09%	14	14	0	100%
	3	2,66%	12	13	1	108%
	4	3,02%	13	11	-2	85%
	5	3,24%	14	12	-2	86%
	6	1,85%	8	9	1	113%
	7	6,01%	26	30	4	115%
	8	4,19%	18	17	-1	94%
35-39	1	3,49%	16	22	6	138%
	2	3,47%	15	13	-2	87%
	3	2,53%	11	9	-2	82%
	4	2,81%	12	15	3	125%
	5	2,69%	12	12	0	100%
	6	2,01%	9	10	1	111%
	7	5,45%	24	30	6	125%
	8	3,22%	14	14	0	100%
40-44	1	3,33%	15	11	-4	73%
	2	3,49%	15	14	-1	93%
	3	2,29%	10	11	1	110%
	4	3,02%	13	9	-4	69%
	5	2,89%	13	12	-1	92%
	6	2,36%	10	11	1	110%
	7	4,28%	19	22	3	116%
	8	3,06%	14	15	1	107%
45-49	1	3,43%	15	18	3	120%
	2	2,49%	11	9	-2	82%
	3	2,11%	9	6	-3	67%
	4	2,78%	12	12	0	100%
	5	2,61%	12	12	0	100%
	6	1,97%	9	12	3	133%
	7	3,85%	17	15	-2	88%
	8	2,88%	13	10	-3	77%
		100%	440	443	3	101%

La eficiencia de la ponderación es 95,5%





Resultados

Salud Reproductiva Femenina



Unión Europea
FEDER
Invertimos en su futuro



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

La metodología de análisis (1)

A lo largo del informe se presentan **los principales resultados para la muestra general** (mujeres residentes en la ciudad de Huelva de entre 30 y 49 años), ofreciendo los datos obtenidos en las respuestas a cada una de las preguntas del cuestionario.

Las variables seleccionadas como **indicadores de esterilidad** son las siguientes ⁽¹⁾:

- **Esterilidad subjetiva:** Mujeres que declaran haber tenido problemas para quedarse embarazadas.
- **Infertilidad 1 año:** Mujeres que, habiendo tenido relaciones sexuales sin protección durante más de un año no se han quedado embarazadas.

Estas variables, seleccionadas como indicadores de esterilidad fueron “testadas” para **comprobar su idoneidad** analizando el resultado que arrojaban en las mujeres que, por su respuesta a algunas de las preguntas del cuestionario, se entiende que, con bastante seguridad, tienen problemas para tener hijos.

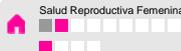
Además del análisis descriptivo para el conjunto de variables, se realizó un **análisis de significación estadística** cruzando los indicadores de esterilidad seleccionados con el resto de variables del cuestionario. A lo largo del apartado de resultados, se incluye las **tablas de contingencia** correspondientes a aquellos casos en los que se constató la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con esterilidad y el total de las mujeres estudiadas.

⁽¹⁾ En principio, se ha descartado el uso del indicador “esterilidad diagnosticada” (casos de esterilidad diagnosticados por un profesional sanitario) debido al bajo número de casos identificados (6).



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Salud Reproductiva Femenina > Resultados



La metodología de análisis (2)

Test de idoneidad de indicadores de esterilidad

Se ha considerado que las mujeres que han declarado haber tenido hijos **de manera “no natural”** sufren de una “posible esterilidad” (sin tener en cuenta el caso de la pareja), por lo que esta variable ha sido la utilizada para comprobar el funcionamiento de las variables seleccionadas como indicadores, obteniéndose los siguientes resultados:

	Total	Esterilidad subjetiva Ha tenido dificultades para quedar embarazada (Cuestionario: P.31)	Infertilidad 1 año Ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal durante más de un año sin utilizar ningún método anticonceptivo, sin que se quedara embarazada (Cuestionario: P34 y 34.3)	
	Total	(n=443)100%	(n=40) 100%	(n=77)100%
Tenencia de hijos biológicos y método por el que logró quedar embarazada (Cuestionario: P.29 y 30.3)	No tiene hijos	25%	22%	32%
	Hijos de manera natural	72%	54%	64%
	Hijos mediante FIV	0,9%	10%	4%
	Hijos con medicamentos / asesoramiento	2%	15%	-



La metodología de análisis (3)

A la luz de estos resultados y aún teniendo en cuenta que **existen diferentes teorías** en cuanto a la definición del término “esterilidad” hemos optado por efectuar el análisis utilizando estas dos variables señaladas como posibles indicadores de la misma.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, ofrecemos a continuación el análisis de todas las variables del cuestionario para la muestra global, y focalizaremos sólo en aquellas en las que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al cruzarlas por las variables “indicadoras de esterilidad”.

Debe tenerse en cuenta, que lo que a continuación se presenta es únicamente un análisis de datos sencillo que sólo permite describir el estado actual de la situación de estudio, sin que en ningún caso puedan establecerse ni asociaciones ni relaciones de causalidad.

- **Se marcan con asterisco (*)** a lo largo del informe las bases consideradas bajas a efectos de análisis, pero que ofrecen resultados orientativos.
 - En las tablas reflejadas en el presente informe se marcan además las **diferencias significativas** pertinentes entre las diferentes variables de clasificación escogidas a propósito de cada uno de los indicadores recogidos en el cuestionario.
- El test de significación utilizado es Chi2: cuando la diferencia es **significativamente superior al total**, con **índice de confianza 95%**, se **resalta la celda en verde**, con **índice de confianza 90%** se **resalta en este mismo color la cifra**. Al contrario, cuando la diferencia es **significativamente inferior al total**, se refleja en rojo: **la celda** en el caso del **95%** y **la cifra** en el caso del **90%**.



Identificación de los grupos de estudio

¿Alguna vez ha tenido dificultades para quedar embarazada?



GRUPO 1: ESTERILIDAD SUBJETIVA
Mujeres que manifiestan haber tenido dificultades para quedar embarazadas (40 casos)
PREVALENCIA=9%

GRUPO 2: INFERTILIDAD 1 AÑO
Mujeres que tras un año manteniendo relaciones sexuales (con penetración vaginal) sin protección no quedaron embarazadas (77 casos)
PREVALENCIA=17,4%

Ambos grupos presentan características sociodemográficas similares al del conjunto de mujeres onubenses de entre 30 y 49 años sondeadas.

¿Alguna vez, ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal durante más de un año sin utilizar ningún método anticonceptivo?



Finalmente ¿se quedó usted embarazada? .

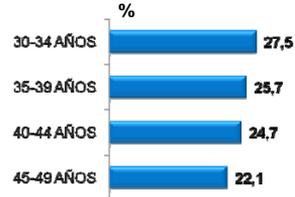


Perfil de la entrevistada

Salud Reproductiva Femenina

Perfil de la entrevistada (1)

EDAD



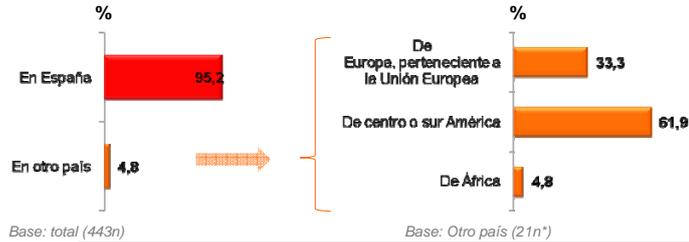
Base: total (443n)

ESTADO CIVIL



Base: total (443n)

LUGAR DE NACIMIENTO



Base: total (443n)

Base: Otro país (21n*)



Perfil de la entrevistada (2)

NIVEL EDUCATIVO



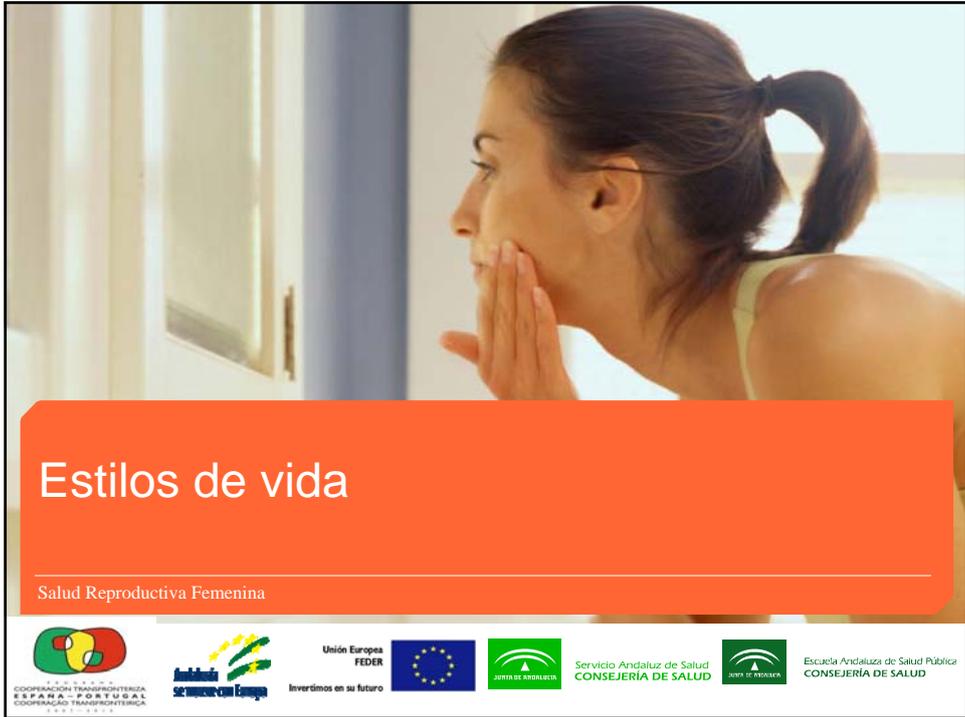
Base: total (443n)

SITUACIÓN LABORAL



Base: total (443n)





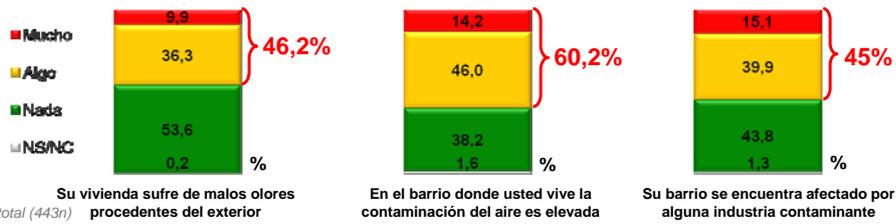
Estilos de vida

Salud Reproductiva Femenina

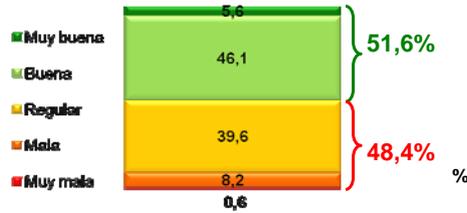


Entorno del lugar de residencia (1)

La siguiente pregunta se refiere a aspectos del medio ambiente del barrio o zona donde usted reside. Refiriéndonos al último año, considera usted que...



En general, la calidad del medio ambiente de su barrio es...



Entorno del lugar de residencia (2)

En el barrio donde usted vive ¿la contaminación del aire es elevada? (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Mucho	14,2	31,9	20,8
Algo	46	32	44,5
Nada	38,2	31,8	32,4
NS/NC	1,6	4,4	2,3

DISTRITO DE RESIDENCIA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Distrito 1	13,7	14,8	11,9
Distrito 2	12,5	-	4,1
Distrito 3	9,6	19,1	15,5
Distrito 4	11,6	8,3	13,1
Distrito 5	11,4	13,2	18,9
Distrito 6	8,2	10,5	10,4
Distrito 7	19,6	28,6	22
Distrito 8	13,3	5,4	4

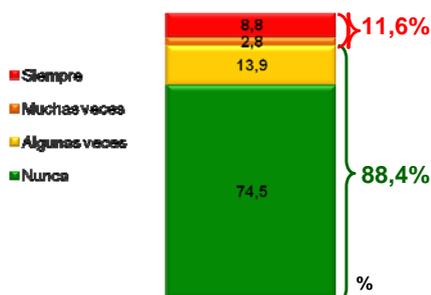
Aquellas mujeres que afirman tener dificultades para quedarse embarazadas declaran en mayor medida que el conjunto de mujeres entrevistadas, que la **contaminación en su barrio de residencia es elevada** (31,9% vs. 14,2%). Aunque proporcionalmente son superiores las respuestas que indican que el barrio de residencia sufre de malos olores y está afectado por industrias contaminantes, las diferencias, contrastándolas respecto al dato global, no resultan significativas.

Por distrito de residencia, se observa que existe una **mayor concentración de las mujeres con infertilidad a 1 año en los distritos 3 y 5** (contiguos y cercanos a las balsas de fosfofosos): El distrito 3 concentra el 9,6% de la población entrevistada y las mujeres con esterilidad subjetiva son el 19,1%; el distrito 5, por su parte, concentra el 11,4% de la población femenina estudiada y las mujeres con infertilidad (1 año) son el 18,9%. La prevalencia es **menor en el distrito 2**, más alejado de las industrias mencionadas (4,1%).



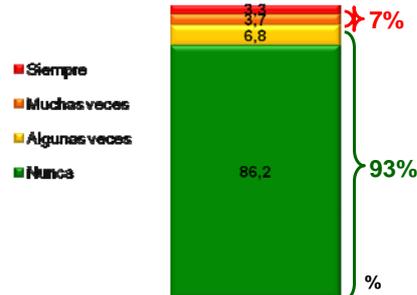
Entorno de trabajo

En su (último) trabajo ¿está/ estaba en contacto o en un ambiente con presencia de productos químicos o tóxicos?



Base: Trabaja o ha trabajado (389n)

En su (último) trabajo ¿está/ estaba en contacto con fuentes de calor intenso o en ambientes de temperatura muy elevada?



Base: Trabaja o ha trabajado (389n)

En relación a su trabajo actual/ En el último trabajo que tuvo
¿Cuántas horas trabaja/ ba habitualmente a la semana?

Media: 36 horas

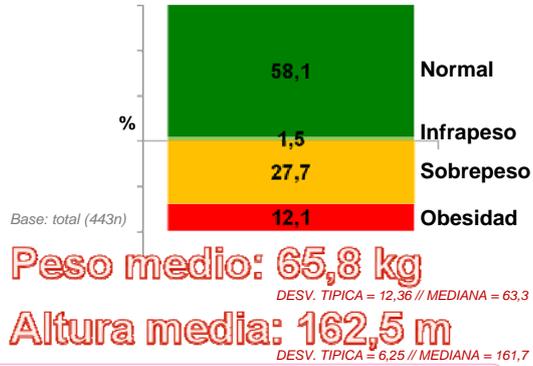
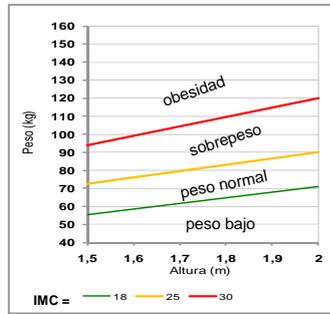
DESV. TÍPICA = 10,4 // MEDIANA = 39,2

En cuanto al **entorno de trabajo** (contacto con productos químicos o tóxicos, o fuentes de calor intenso), **no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas** entre el conjunto de la población femenina estudiada y aquellas con problemas declarados de quedarse embarazadas o con problemas de infertilidad. Tampoco hay diferencia en el número de horas trabajadas.



El índice de masa corporal (IMC)

- Consideramos que peso y altura independientemente pueden ser considerados indicadores de un correcto estado de salud de la persona, sin embargo, conociendo el índice de masa corporal (IMC), es decir, la relación entre la altura y el peso, sí podemos establecer una posible incidencia en la salud.

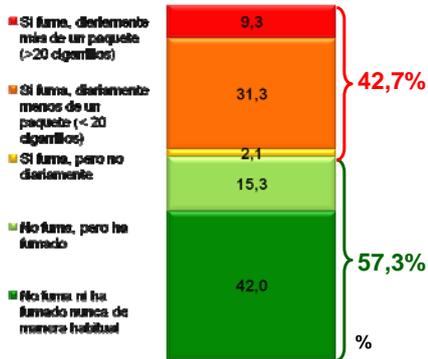


Aunque el 40% de las mujeres que presentan problemas de esterilidad pesa menos de 60kg, frente al 29% del total de mujeres entrevistadas, estas diferencias entre los grupos no son estadísticamente significativas.



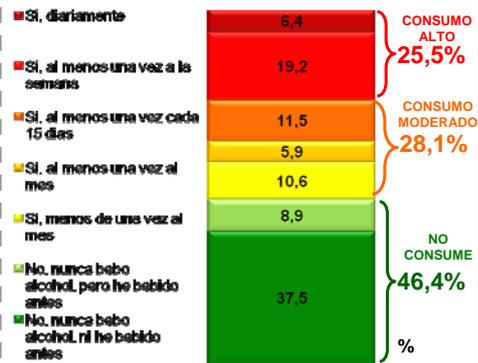
Consumo de tabaco y alcohol (1)

¿Podría decirme si fuma?



Base: total (443n)

¿Consumo usted algún tipo de bebida alcohólica?



Base: total (443n)



Consumo de tabaco y alcohol (2)

CONSUMO DE ALCOHOL (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Sí, diariamente	6,4	4,3	11,3
Sí, al menos una vez a la semana	19,2	13,8	16,8
Sí, al menos una vez cada 15 días	11,5	8,7	10
Sí, al menos una vez al mes	5,9	5,2	6,8
Sí, menos de una vez al mes	10,6	15,3	13,6
No, nunca bebo alcohol, pero he bebido antes	8,9	7,1	15,7
No, nunca bebo alcohol, ni he bebido antes	37,5	45,7	25,8

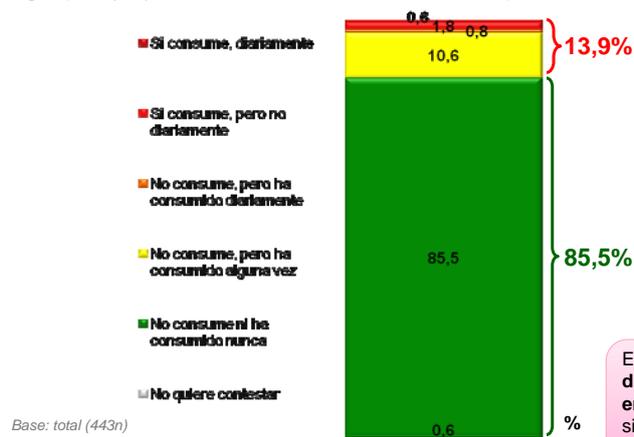
Haber consumido alcohol en el pasado, aunque ya no se consuma, parece estar relacionado con padecer infertilidad. Únicamente el 8,9% de las mujeres entrevistadas se declara en esta situación, y el porcentaje de mujeres con infertilidad a 1 año en estas circunstancias es casi el doble (15,7%). Es menor en este grupo el porcentaje de mujeres que afirma no consumir alcohol ni haberlo hecho antes (25,8% vs. 37,5% entre el colectivo de mujeres onubenses entrevistadas). Reconocer haber bebido antes puede tener también que ver con reconocer haber bebido "cierta cantidad" en el pasado.

En cuanto al consumo de tabaco, no se encuentran diferencias entre los grupos estudiados.



Consumo de drogas

Antes hablábamos de tabaco y alcohol, ¿consume o ha consumido en algún momento de su vida otra droga? (Por ejemplo Marihuana, Hachís, Cocaína, Éxtasis....) *



Base: total (443n)

* Esta variable se ha incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario

En cuanto al consumo de drogas, no se encuentran diferencias significativas entre los grupos estudiados.

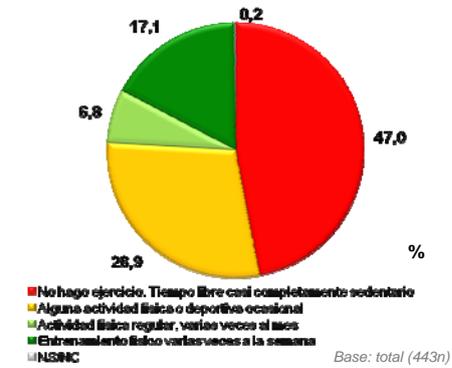


Actividad y ejercicio físico

Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de actividad física implica su trabajo o actividad habitual. De las siguientes, ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?



¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de su actividad en su tiempo libre



En relación a la actividad física desarrollada en el trabajo o actividad habitual, ni el ejercicio físico, no se han encontrado diferencias entre los grupos estudiados. Sin embargo, entre las mujeres que han padecido quistes en los ovarios, observamos una mayor proporción de las que declaran no hacer ejercicio (60,9% v. 47% entre el colectivo global).



Consumo de medicamentos (1)

¿Toma algún tipo de medicación de forma continua?

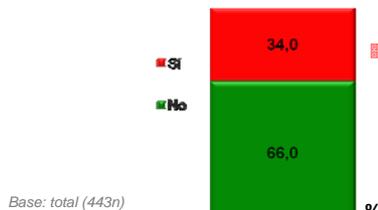


¿Toma anticonceptivos orales?
¿Durante cuanto tiempo?

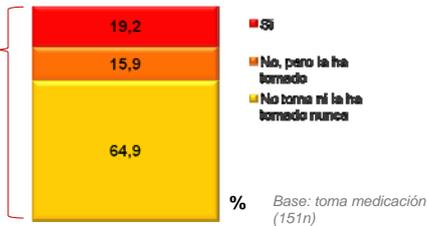


Media:
5,2 años
DES.V. TÍPICA = 4,44
MEDIANA = 3,43

¿Sufre usted estrés y/o ansiedad de manera habitual?

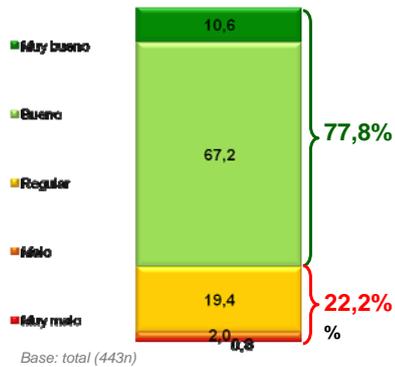


¿Toma medicación para ello?



Estado de salud general

Durante los últimos 12 meses, ¿diría que su estado de salud ha sido...?



ESTADO DE SALUD (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>			
	443	40*	77*
Muy bueno	10,6	13,4	10,5
Bueno	67,2	57	59,5
Regular	19,4	20,4	23,3
Malo	2	7,5	5,4
Muy malo	0,8	1,8	1,2

El porcentaje de mujeres que declaran tener un estado de salud malo es superior entre las mujeres con esterilidad subjetiva y con infertilidad que en el conjunto de las mujeres sondeadas.



Enfermedades padecidas (1)

A continuación voy a mencionarle una serie de enfermedades, condiciones o problemas de salud crónicos. ¿Le ha dicho un/a profesional de la salud (médico/a, enfermero/a) que usted padece actualmente alguna de ellas?

ALGUNA → 61%

2 ó MÁS → 41%



Enfermedades padecidas (2)

ENFERMEDADES CRÓNICAS DIAGNOSTICADAS (Pregunta "6")	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Dolor o molestia de espalda, cuello, hombro, cintura (cervical/lumbar)	31,1	30,5	42,4
Varices en las piernas	18,7	18,5	23,2
Alergias crónicas	18,3	23,9	22,7
Migrañas/jaquecas	16,4	21,4	22,7
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	13,6	24,7	13,9
Mala circulación	13,6	21	14,3
Hemorroides	10,1	8,5	15,5
Anemia	7,7	9,2	9,7
Asma	5,8	8,8	5,5
Colesterol alto	5,6	6,4	4
Problemas de tiroides	5,5	12,2	10,6
Problemas crónicos de la piel	5,5	4,6	9,3
Artrosis o reumatismo	5	7,3	8,1
Hipertensión / tensión alta	4,6	12,5	8,1
Fibromialgia	2,6	2,3	5,8
Bronquitis crónica/ Enfermedad crónica del pulmón / enfisema	2,4	2,4	2,5
Diabetes	2,1	4	1,2
Cáncer (tumor maligno, incluido leucemia, linfoma)	2	-	1,5
Trastornos cardíacos / problemas de corazón	1,4	7	3,5
Estérilidad	1,3	10,3	5,5
Problemas gastrointestinales	1,2	-	2,7
Osteoporosis	0,8	-	-
Úlcera de estómago/ duodeno	0,8	4	-
Ecleriosis	0,2	-	-
Otros	2,3	4	3,9
Padecen alguna enfermedad crónica	61	71,9	71,3
Polipatología	41	53,1	49,7
<i>Media de menciones</i>	2,93	3,47	3,32

Encontramos un mayor número de mujeres diagnosticadas de enfermedades crónicas entre las mujeres que declaran tener problemas para quedar embarazadas. En concreto destacan depresión, ansiedad y otros trastornos mentales (24,7% vs 13,6% entre el grupo principal), hipertensión (12,5% vs. 4,6%) y lógicamente esterilidad ya diagnosticada (10,3 vs. 1,3%). Entre las que hemos clasificado como con infertilidad, el 42,4% declara tener diagnosticado algún tipo de problema cervical o lumbar (frente al 31,1% entre el total de mujeres entrevistadas), problemas de tiroides (10,6% vs. 5,5%) y esterilidad ya diagnosticada (5,5% vs. 1,3%)



Esterilidad diagnosticada y perfiles

ESTERILIDAD DIAGNOSTICADA (6n)	TOTAL %	1,3
CONSUMO DE FÁRMACOS	SI CONSUME+HA CONSUMIDO	3,3
	NO	0,3
¿HA UTILIZADO ALGUNA VEZ EL DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU?	SI	4,1
	NO	0,9
¿HA TENIDO ALGÚN QUISTE EN LOS OVARIOS?	SI	6,1
	NO	0,4
CONSUMO DE DROGAS PAREJA	CONSUME	7,7
	NO CONSUME	0,7

En este cuadro analizamos la prevalencia de esterilidad diagnosticada entre diferentes grupos de mujeres. La prevalencia de esterilidad diagnosticada es significativamente mayor entre aquellas que consumen fármacos o los han consumido de forma habitual alguna vez, han utilizado el DIU con anterioridad, han padecido algún quiste ovárico, y cuyas parejas consumen o han consumido algún tipo de droga. No se aprecia ninguna diferencia en la incidencia de diagnóstico en el resto de variables incluidas en el estudio.





Antecedentes ginecológicos

Salud Reproductiva Femenina



Características de la menstruación (1)

¿A qué edad tuvo su primera menstruación?

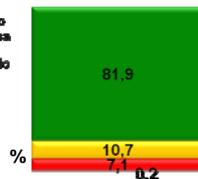
Media: 12,6 años

Base: total (443n)

DESV. TÍPICA = 1,47 // MEDIANA = 12,2

¿Mantiene usted su periodo con regularidad?

- Si, la duración entre un periodo y otro es más o menos la misma
- No, la duración entre un periodo y otro es diferente
- No, no tengo periodo
- No contesta



¿A qué edad tuvo su último periodo?

Media: 43,4 años

Base: total (443n)

DESV. TÍPICA = 4,1 // MEDIANA = 43

Base: No tiene periodo (32n)*

En su caso, en circunstancias normales, ¿cuántos días aproximadamente hay entre un periodo menstrual y otro?

Media: 28,6 días

Base: Tiene periodo (410n)

DESV. TÍPICA = 3,24 // MEDIANA = 27,6

Y, ¿cuántos días aproximadamente dura su regla?

Media: 4,4 días

Base: Tiene periodo (410n)

DESV. TÍPICA = 1,21 // MEDIANA = 3,73

Características de la menstruación (2)

EDAD DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
<= 11 AÑOS	20,9	24,6	18,9
12-14 AÑOS	72,1	64,9	69
15 + AÑOS	6,1	10,6	12,1
NS/NC	1	-	-
Media	12,6	12,83	12,82

REGULARIDAD DEL PERIODO (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Sí, la duración entre un periodo y otro es más o menos la misma	81,9	70,2	73,1
No, la duración entre un periodo y otro es diferente	10,7	24,2	18,8
No, no tengo periodo	7,1	5,5	6,8
No contesta	0,2	-	1,3

DÍAS ENTRE PERIODOS MENSTRUALES (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tiene periodo</i>	410	38*	71*
< 28 DÍAS	14,2	26	23,1
28 DÍAS	58,7	35,1	44,1
> 28 DÍAS	26,1	36,5	28,4
NS/NC	1	2,4	4,4
Media	28,55	29,04	28,77

DURACIÓN PERIODO (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tiene periodo</i>	410	38*	71*
< 4 DÍAS	18,9	32,8	27,9
4 DÍAS	42,3	28,3	35,3
> 4 DÍAS	38,5	38,9	35,2
NS/NC	0,3	-	1,5
Media	4,37	4,25	4,21

En cuanto a la edad de la **primera menstruación**, mientras que entre el colectivo global tan solo el 6,1% declara haber tenido su primer periodo después de los 15 años, este grupo es el **doblo entre las mujeres con infertilidad** (12,1%). **La duración del periodo suele ser diferente** entre las mujeres que declaran tener problemas para quedar embarazadas (24,2%), las que padecen infertilidad (18,8%) y el grupo global (10,7%). **Los días entre periodos menstruales son menores** en cualquiera de estos dos colectivos frente al total: Así, entre las mujeres que declaran tener una duración menor a los 28 días, se cuantifican el 26% de las que tienen esterilidad subjetiva, el 23,1% de las que tienen infertilidad y el 14,2% del grupo global. **También es menor el número de días de duración del periodo**: dicen tenerlo inferior a 4 días el 32,8% de las que presentan dificultades para quedar embarazadas, frente al 18,9% de la muestra global.



Características de la menstruación (3)



Características de la menstruación (4)

VARIACIÓN EN LOS DÍAS DE DURACIÓN DE LA REGLA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO	QUISTE OVÁRICO
<i>Base: Tiene periodo</i>				
SI	18,8	23,6	29,6	31,7
NO	80,9	76,4	70,4	68,3
NS/NC	0,2	-	-	-

SÍNTOMAS DEL SPMS (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO	QUISTE OVÁRICO
<i>Base: Tiene periodo</i>				
SI	48,5	67,5	68,2	70,3
NO	51,5	32,5	31,8	29,7

SÍNTOMAS DE DISMENORREA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO	QUISTE OVÁRICO
<i>Base: Tiene periodo</i>				
SI	30,1	41,3	56,3	55,4
NO	69,9	58,7	43,7	44,6

Cerca de un tercio (29,6%) de las mujeres categorizadas como con infertilidad, dice tener **variaciones en los días de duración de la regla**, frente al 18,8% del conjunto sondeado.

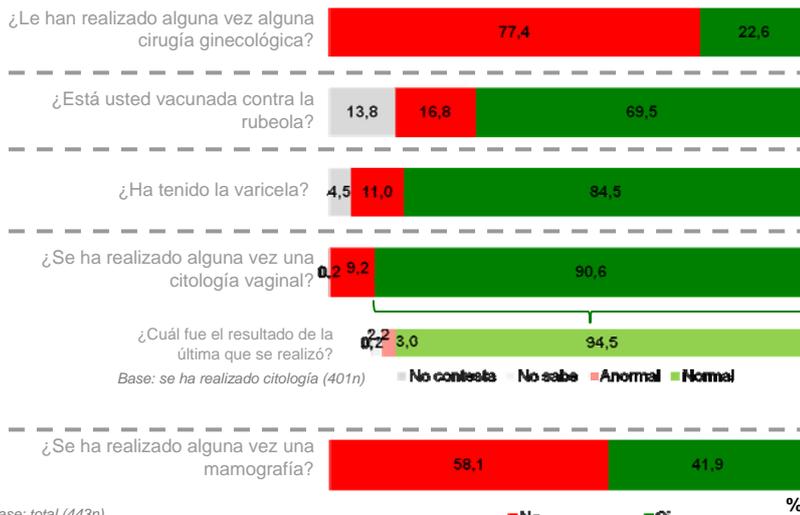
En cuanto a **los síntomas del síndrome premenstrual**, aunque cerca de la mitad de las mujeres onubenses entrevistadas declara padecerlos (48,5%), el porcentaje sube al 67,5% entre las que declaran tener dificultades para quedar embarazadas, y al 68,2% entre las que tienen infertilidad.

También son más importantes **los síntomas de dismenorrea** entre este último colectivo (56,3% frente al 30,1% del grupo global que declara padecerlos).

Estas tres variables se dan además con mayor frecuencia entre las mujeres que afirman haber tenido algún quiste en los ovarios.



Historial médico y ginecológico (1)



Base: total (443n)



Historial médico y ginecológico (2)

CIRUGÍA GINECOLÓGICA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
Base total	443	40*	77*
Sí	22,6	36,8	35,5
No	77,4	63,2	64,5

VACUNA CONTRA LA RUBEOLA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
Base total	443	40*	77*
Sí	69,5	82,8	80,1
No	16,8	5,9	12,1
No sabe	13,8	11,3	7,8

Cerca de una de cada cinco mujeres de la capital onubense de entre 30 y 49 años dice haberse realizado algún tipo de cirugía ginecológica, este porcentaje **asciende al 36,8% entre las que tienen esterilidad subjetiva y al 35,5% entre las que padecen infertilidad a 1 año**. Se observan también diferencias significativas al analizar aquellas mujeres que se **han vacunado contra la rubeola**: la cifra es del 69,5% en el grupo global y del 80,1% entre el grupo de mujeres con infertilidad.



Historial médico y ginecológico (3) *



Base: total (443n)

(1) Base: Tiene relaciones sexuales (440n)

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario



Historial médico y ginecológico (4) *

HISTORIAL MÉDICO Y GINECOLÓGICO (Respuestas "SI" %)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
¿Tiene usted diagnóstico de endometriosis?	2,4	3,5	8
¿Ha utilizado alguna vez el dispositivo intrauterino DIU?	15,2	13,9	18,6
¿Ha utilizado en alguna ocasión un test de ovulación para conocer cuales eran sus días más fértiles?	4,5	25,1	11,1
¿Ha sufrido de enfermedad pélvica inflamatoria causada por Clamidia o Gonorrea?	1,7	-	4
¿Tiene usted secreción por sus senos?	1,5	3	3,8
¿Tiene usted exceso de vello en su cuerpo?	5,4	19,5	11,4
¿Tiene algún trastorno de alimentación como anorexia ó bulimia?	1	3,7	3
¿Ha tenido algún quiste en los ovarios?	15,9	41	29,7
<i>Base: tiene relaciones sexuales</i>	440	40*	77*
¿Sus relaciones sexuales son dolorosas (dispareunia)?	5,2	11,1	9,4

En relación al uso de **test de ovulación para conocer cuales son los días más fértiles** del ciclo menstrual, se observa que mientras que a nivel general el 4,5% de mujeres de entre 30 y 49 años ha utilizado estos dispositivos, en aquellas mujeres que presentan algún tipo de dificultad el porcentaje asciende al 25,1% y 11,4% en función de si las mujeres tienen esterilidad subjetiva o infertilidad a 1 año respectivamente.

En cuanto al historial médico, si el 5,4% del grupo general dice padecer **exceso de vello en su cuerpo**, las cifras aumentan al 19,5% entre las que afirman tener dificultades de embarazo y al 11,4% entre las clasificadas con infertilidad 1 año.

Aunque al hablar de **quistes ováricos** tenemos que tener presente que la ambigüedad en el uso del concepto a nivel poblacional puede llevarnos a numerosas confusiones, los resultados encontrados muestran que el 15,9% de la población de estudio ha padecido alguna vez un quiste ovárico, siendo esta proporción del 29,7% entre las que padecen una infertilidad a 1 año y del 41% entre aquellas con dificultades para quedar embarazadas.

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario

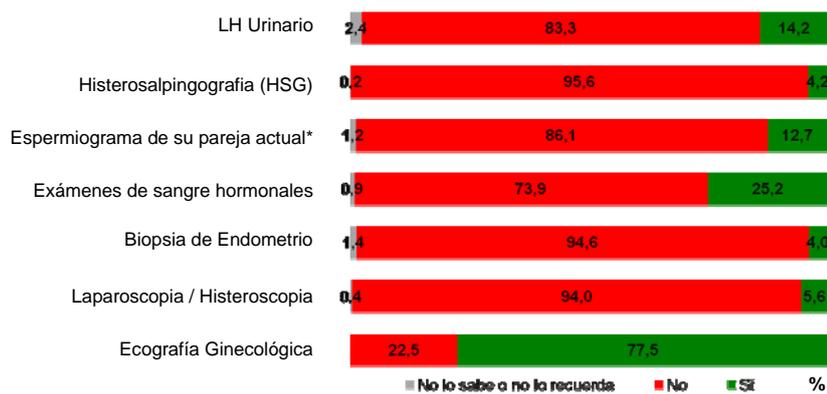
Salud Reproductiva Femenina > Antecedentes ginecológicos



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

45

Exámenes ginecológicos realizados (1)



Base: total (443n)

* Base: tiene pareja masculina (334n)

Salud Reproductiva Femenina > Antecedentes ginecológicos



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

46

Exámenes ginecológicos realizados (2)

EXÁMENES GINECOLÓGICOS REALIZADOS (Respuestas "SI" %)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base total</i>	443	40*	77*
Ecografía Ginecológica	77,5	96,8	86,9
Exámenes de sangre hormonales	25,2	82,6	49,2
LH Urinario	14,2	41,7	28,1
Laparoscopia / Histeroscopia	5,6	12	12,7
Histerosalpingografía (HSG)	4,2	30,9	11
Biopsia de Endometrio	4	9,8	12,3
<i>Base: Tiene pareja masculina</i>	334	38*	68*
Espermograma de su pareja actual	12,7	61,1	27,2

Quizá por haber detectado dificultades para quedar embarazadas u otro tipo de problemas ginecológicos, la realización de diferentes exámenes médicos/ clínicos es **mayor en los dos grupos analizados** que entre la población global. Recordemos que, como hemos visto, en estos dos grupos encontramos buena parte de mujeres con problemas ginecológicos: variaciones en la duración y regularidad del periodo, síndrome premenstrual (SPM), dismenorrea...



Historial médico familiar *

En su familia más cercana (abuelas/ abuelos, madre/padre, tías/ tíos, primas/ primos o hermanas/ hermanos):



En cuanto al **historial médico familiar** (casos en la familia más cercana de abortos espontáneos o niños con discapacidades o necesidades especiales), **no se han encontrado diferencias** significativas entre el conjunto de la población femenina estudiada y aquellas con problemas de esterilidad subjetiva o de infertilidad a los 12 meses.

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario



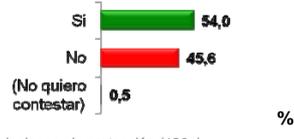
Relaciones sexuales y embarazos *

¿Alguna vez, ha tenido relaciones sexuales con penetración vaginal durante más de un año sin utilizar ningún método anticonceptivo?



Base: total (443n)

Y refiriéndonos al último periodo en el que usted tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal y sin utilizar ningún método anticonceptivo... ¿Quería usted quedarse embarazada?



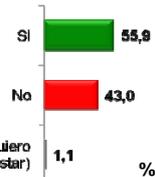
Base: Ha tenido relaciones sin protección (180n)

En esa época ¿cada cuánto tiempo tenía relaciones sexuales?



Base: Ha tenido relaciones sin protección (180n)

Finalmente ¿se quedó usted embarazada?



Base: Ha tenido relaciones sin protección (180n)

¿Cuál fue el resultado de ese embarazo?



Base: Quedó embarazada (100n)

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario



Historial de embarazos (2)

Media: 1,8 hijos

¿Tiene hijos biológicos? ¿Cuántos?

DESV. TÍPICA = 0,81// MEDIANA = 1,23

	1er Hijo/a	2 ^{do} Hijo/a	3er Hijo/a	4º Hijo/a																																
¿A qué edad lo tuvo? Media: años	26,7 DESV. TÍPICA = 5,22 MEDIANA = 26,6	29,6 DESV. TÍPICA = 4,73 MEDIANA = 29,1	31,5 DESV. TÍPICA = 4,94 MEDIANA = 31,25	29,3 DESV. TÍPICA = 4,67 MEDIANA = 29,5																																
¿Cuánto tiempo pasó desde que decidió tener un hijo hasta que quedó Embarazada?	<table border="1"> <tr> <td>No previsto</td> <td>31,2</td> </tr> <tr> <td>Hasta un año</td> <td>55,1</td> </tr> <tr> <td>Un año o más</td> <td>13,7</td> </tr> </table>	No previsto	31,2	Hasta un año	55,1	Un año o más	13,7	<table border="1"> <tr> <td>No previsto</td> <td>38,8</td> </tr> <tr> <td>Hasta un año</td> <td>50,9</td> </tr> <tr> <td>Un año o más</td> <td>10,3</td> </tr> </table>	No previsto	38,8	Hasta un año	50,9	Un año o más	10,3	<table border="1"> <tr> <td>No previsto</td> <td>42,6</td> </tr> <tr> <td>Hasta un año</td> <td>51,2</td> </tr> <tr> <td>Un año o más</td> <td>6,1</td> </tr> </table>	No previsto	42,6	Hasta un año	51,2	Un año o más	6,1	<table border="1"> <tr> <td>No previsto</td> <td>83,0</td> </tr> <tr> <td>Hasta un año</td> <td>17,0</td> </tr> <tr> <td>Un año o más</td> <td>0,0</td> </tr> </table>	No previsto	83,0	Hasta un año	17,0	Un año o más	0,0								
No previsto	31,2																																			
Hasta un año	55,1																																			
Un año o más	13,7																																			
No previsto	38,8																																			
Hasta un año	50,9																																			
Un año o más	10,3																																			
No previsto	42,6																																			
Hasta un año	51,2																																			
Un año o más	6,1																																			
No previsto	83,0																																			
Hasta un año	17,0																																			
Un año o más	0,0																																			
¿Por qué método logró finalmente quedar embarazada?	<table border="1"> <tr> <td>Natural / Sin tratamiento</td> <td>96,7</td> </tr> <tr> <td>Con necesidad de asesoramiento médico</td> <td>0,5</td> </tr> <tr> <td>Con medicamentos</td> <td>1,7</td> </tr> <tr> <td>Con fecundación in vitro</td> <td>1,2</td> </tr> </table>	Natural / Sin tratamiento	96,7	Con necesidad de asesoramiento médico	0,5	Con medicamentos	1,7	Con fecundación in vitro	1,2	<table border="1"> <tr> <td>Natural / Sin tratamiento</td> <td>98,3</td> </tr> <tr> <td>Con necesidad de asesoramiento médico</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Con medicamentos</td> <td>0,4</td> </tr> <tr> <td>Con fecundación in vitro</td> <td>1,3</td> </tr> </table>	Natural / Sin tratamiento	98,3	Con necesidad de asesoramiento médico	0,4	Con medicamentos	0,4	Con fecundación in vitro	1,3	<table border="1"> <tr> <td>Natural / Sin tratamiento</td> <td>98,0</td> </tr> <tr> <td>Con necesidad de asesoramiento médico</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>Con medicamentos</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>Con fecundación in vitro</td> <td>2,0</td> </tr> </table>	Natural / Sin tratamiento	98,0	Con necesidad de asesoramiento médico	0,0	Con medicamentos	0,0	Con fecundación in vitro	2,0	<table border="1"> <tr> <td>Natural / Sin tratamiento</td> <td>100,0</td> </tr> <tr> <td>Con necesidad de asesoramiento médico</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>Con medicamentos</td> <td>0,0</td> </tr> <tr> <td>Con fecundación in vitro</td> <td>0,0</td> </tr> </table>	Natural / Sin tratamiento	100,0	Con necesidad de asesoramiento médico	0,0	Con medicamentos	0,0	Con fecundación in vitro	0,0
Natural / Sin tratamiento	96,7																																			
Con necesidad de asesoramiento médico	0,5																																			
Con medicamentos	1,7																																			
Con fecundación in vitro	1,2																																			
Natural / Sin tratamiento	98,3																																			
Con necesidad de asesoramiento médico	0,4																																			
Con medicamentos	0,4																																			
Con fecundación in vitro	1,3																																			
Natural / Sin tratamiento	98,0																																			
Con necesidad de asesoramiento médico	0,0																																			
Con medicamentos	0,0																																			
Con fecundación in vitro	2,0																																			
Natural / Sin tratamiento	100,0																																			
Con necesidad de asesoramiento médico	0,0																																			
Con medicamentos	0,0																																			
Con fecundación in vitro	0,0																																			

Base: Tiene "n" hijos

328

199

43*

5*



Historial de embarazos (3)

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EMBARAZO 1ER HIJO (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tiene hijos</i>			
NO PREVISTO	31,2	13,6	36,7
HASTA 1 AÑO	55,1	38,1	43,9
1 AÑO +	13,7	48,3	19,4

MÉTODO EMBARAZO 1ER HIJO (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tiene hijos</i>			
Natural / Sin tratamiento	96,7	72,4	94,4
Con necesidad de asesoramiento médico	0,5	2,2	-
Con medicamentos	1,7	13,4	-
Con fecundación in vitro	1,2	12,1	5,6

Analizamos, teniendo en cuenta la escasa base con la que contamos, el tiempo transcurrido hasta el embarazo del primer hijo y el método de embarazo de éste (para hijos posteriores el número de casos es demasiado bajo para el análisis).

En cuanto al tiempo, prácticamente la mitad de las mujeres que han advertido problemas de quedar embarazadas (48,3%) **han tenido que esperar más de un año**, frente al 13,7% en la misma situación entre la muestra global.

En cuanto al método para gestar el primer hijo, mientras que el 1,7% de la muestra global ha **necesitado medicación** y el 1,2% ha acudido a la **fecundación in vitro**, estas cifras ascienden entre las mujeres con esterilidad subjetiva al 13,4% con necesidad de medicación y al 12,1% en el caso de la FIV.

Curiosamente, **no hay diferencias significativas en cuanto al número de hijos entre los grupos analizados.**



Historial de embarazos (4)

TIEMPO TRANSCURRIDO HASTA EMBARAZO TOTAL HIJOS	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Agrupación casos: total hijos</i>			
NO PREVISTO	74,4	66,7	80,1
HASTA 1 AÑO	21,6	16	14,3
1 AÑO +	4	17,3	5,6

MÉTODO EMBARAZO TOTAL HIJOS	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Agrupación casos: total hijos</i>			
Natural / Sin tratamiento	97,4	74,5	93,9
Con necesidad de asesoramiento médico	0,4	2,7	-
Con medicamentos	0,9	8,4	-
Con fecundación in vitro	1,3	14,4	6,1

Se ha realizado una agrupación de todos los casos en los que la mujer ha tenido hijos para realizar un análisis global.

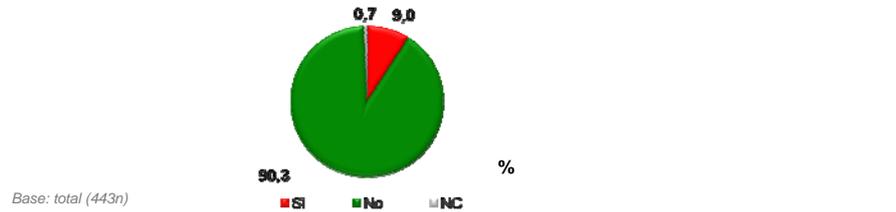
En relación al tiempo, es significativamente mayor el porcentaje de casos de mujeres que **han tenido que esperar más de un año** entre aquellas que han advertido dificultades de quedar embarazadas: 17,3% frente al 4% en la misma situación entre la muestra global.

En cuanto al método, es **significativamente menor** el porcentaje de mujeres que han podido quedar embarazadas de **forma natural** entre las que declaran tener dificultades para gestar (74,5%) y entre aquellas con infertilidad (93,9%), frente a la muestra global (97,4%). Así, mientras que el 0,4% de la muestra global ha **necesitado asesoramiento médico**, el 0,9% **medicamentos** y el 1,3% ha acudido a la **fecundación in vitro**, estas cifras ascienden entre las mujeres con esterilidad subjetiva al 2,7%, 8,4% y 14,4% respectivamente. En el caso de aquellas con infertilidad, declaran haber acudido a la FIV el 6,1%.

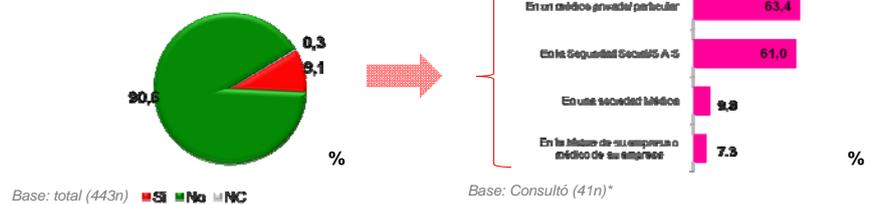


Dificultades de quedarse embarazada (1)

¿Alguna vez ha tenido dificultades para quedar embarazada?



¿Alguna vez ha consultado a un profesional sanitario por dificultades relacionadas con el deseo de quedarse embarazada?



Dificultades de quedarse embarazada (2)

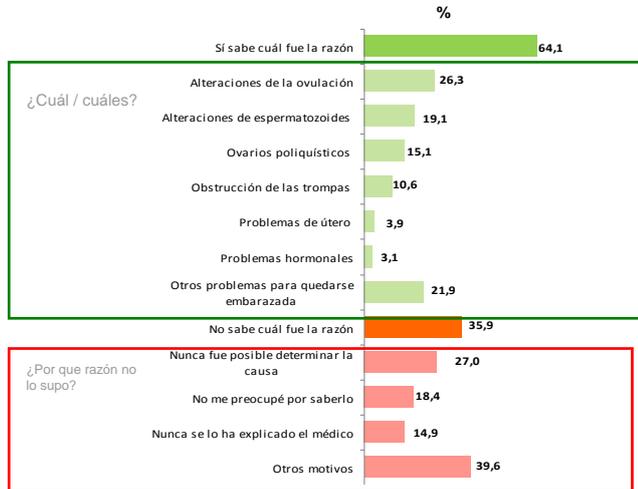
CONSULTAS POR DIFICULTAD DE QUEDARSE EMBARAZADA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
Base total	443	40*	77*
Sí, ha consultado	9,1	88,5	24,5
No ha consultado	90,6	11,5	73,9
No contesta	0,3	-	1,6

LUGAR DE CONSULTA POR DIFICULTAD DE QUEDARSE EMBARAZADA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
Base: Ha consultado	41*	36*	19*
En la Seguridad Social/S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud)	61,0	58,3	73,7
En una sociedad Médica (p.ej: Sanitas, Adeslas, Asisa)	9,8	11,1	21,1
En un médico privado/ particular	63,4	66,7	73,7
En la Mutua de su empresa o médico de su empresa	7,3	8,3	10,5

El 9,1% de la muestra global ha realizado algún tipo de consulta médica relacionada con dificultades de quedar embarazada. Prácticamente 9 de cada 10 (88,5%) entre el grupo de las que afirman tener esa dificultad, **ya ha consultado con un profesional** al ser conscientes del problema, acudiendo tanto a médicos privados como particulares. Por tanto, no todas las mujeres consultan a pesar de ser conscientes del problema, pero lo hacen en su mayoría. También aseguran haber pedido consejo médico 1 de cada 4 mujeres (24,5%) con infertilidad.

Dificultades de quedarse embarazada (3)

Y aquella vez que tuvo dificultades para quedarse embarazada ¿sabe cuál fue la razón?



El 64,1% de las mujeres que en alguna ocasión tuvieron dificultades para quedar embarazadas conocieron los motivos por los que esta situación se produjo, mientras que el 35,9% restante desconocían cuales fueron estas razones.

Entre los motivos señalados, las alteraciones de la ovulación (26,3%), junto con las alteraciones de los espermatozoides (19,1%) aparecen como las causas más frecuentes que dificultaron la fecundación.

Base: dificultades para quedar embarazada. (36n)*



Tratamientos de fertilidad recibidos

	Citrato de Clomifeno	Gonadotropinas	Inseminación Intrauterina	Fecundación In Vitro
¿Alguna vez ha recibido alguno de los siguientes tratamientos de fertilidad?	Si 1,2 No 97,4 NC 1,4 %	Si 1,2 No 97,3 NC 1,5 %	Si 0,4 No 99,4 NC 0,2 %	Si 1,4 No 98,6 NC 0,0 %
¿Cuál fue el número de ciclos? Media: ciclos	2,25 DES. TIPICA = 1,23 MEDIANA = 1,72	6,05 DES. TIPICA = 1,86 MEDIANA = 5	2,53 MEDIANA = 2,06	2,92 DES. TIPICA = 1,57 MEDIANA = 2,4
¿Dónde recibió el tratamiento?				
En la Seguridad Social / SAS	29,3	28,5		25,3
En un médico privado / particular	55,3	84,3	100,0	85,7
En una sociedad médica	15,3			
	%	%	%	%

Base si ha recibido tratamiento: 5* 5* 2* 6*





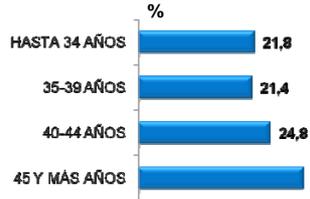
Perfil de la pareja

Salud Reproductiva Femenina



Perfil de la pareja (1)

EDAD PAREJA



Base: Tienen pareja (334n)

ESTADO CIVIL PAREJA



Base: Tienen pareja (334n)

LUGAR DE NACIMIENTO PAREJA

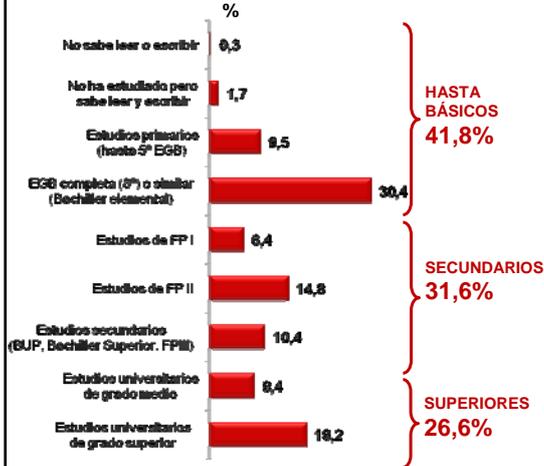


Base: Tienen pareja (334n)

Base: Otro país (15n*)

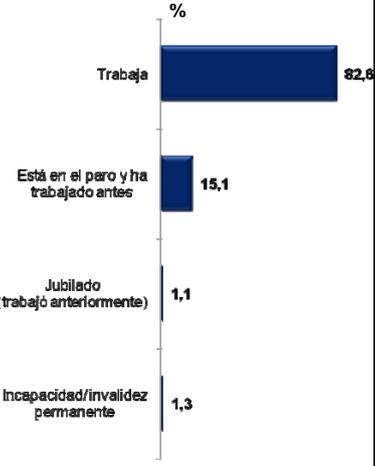
Perfil de la pareja (2)

NIVEL EDUCATIVO PAREJA



Base: Tienen pareja (334n)

SITUACIÓN LABORAL PAREJA



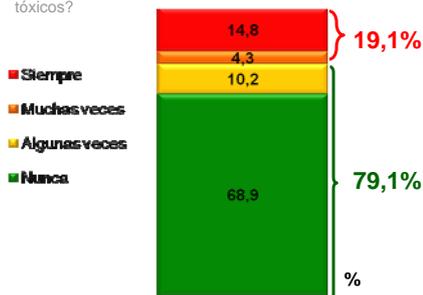
Base: Tienen pareja (334n)



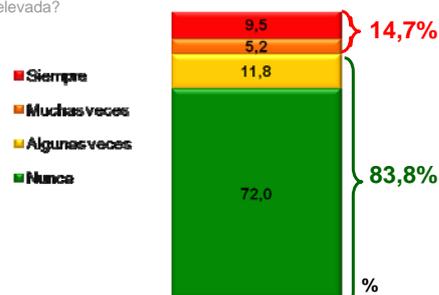
Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Entorno de trabajo de la pareja

En su (último) trabajo ¿está/ estaba su pareja en contacto o en un ambiente con presencia de productos químicos o tóxicos?



En su (último) trabajo ¿está/ estaba su pareja en contacto con fuentes de calor intenso o en ambientes de temperatura muy elevada?



Base: Con pareja que trabaja o ha trabajado antes (330n)

En relación a su trabajo actual/ En el último trabajo que tuvo ¿Cuántas horas trabaja/ ba habitualmente a la semana?

Media: 41,9 horas

DESV. TÍPICA = 8,62 // MEDIANA = 39,6

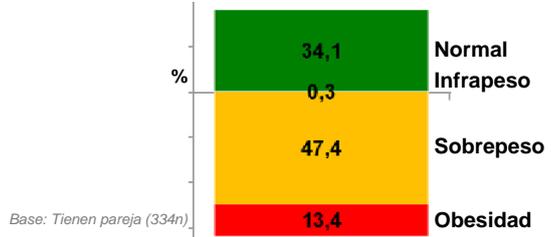
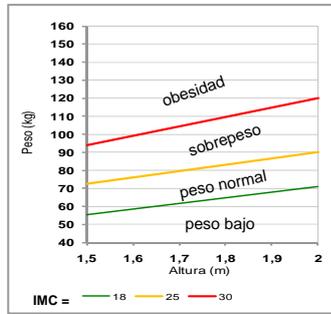
Respecto al **entorno de trabajo de la pareja** (contacto con productos químicos o tóxicos, o fuentes de calor intenso), **no se han encontrado diferencias** significativas entre el conjunto de la población femenina estudiada y aquellas con problemas declarados de quedarse embarazadas o con problemas de infertilidad. Tampoco hay diferencia en el número de horas trabajadas.



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

El índice de masa corporal (IMC) de la pareja

- Como se ha apuntado anteriormente, conociendo el índice de masa corporal (IMC), la relación entre la altura y el peso que indica hasta qué punto el peso representa un riesgo para la salud.



Base: Tienen pareja (334n)

Peso medio: 80,4 kg

DES. TÍPICA = 11,34 // MEDIANA = 78,9

Altura media: 174,7 m

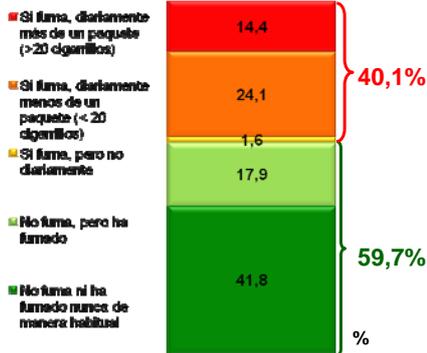
DES. TÍPICA = 9,1 // MEDIANA = 174,5

Nada indica que un IMC alto o bajo de la pareja, tenga relación con la prevalencia de problemas de esterilidad en la población estudiada.



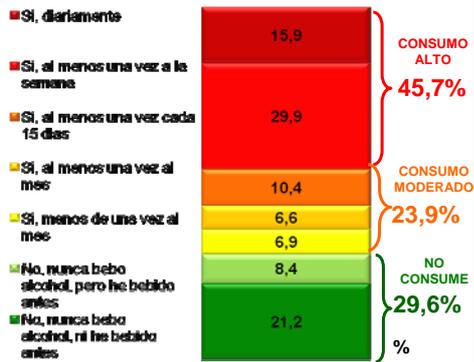
Consumo de tabaco y alcohol de la pareja (1)

¿Podría decirme si su pareja fuma?



Base: Tienen pareja (334n)

¿Consume su pareja algún tipo de bebida alcohólica?



Base: Tienen pareja (334n)



Consumo de tabaco y alcohol de la pareja (2)

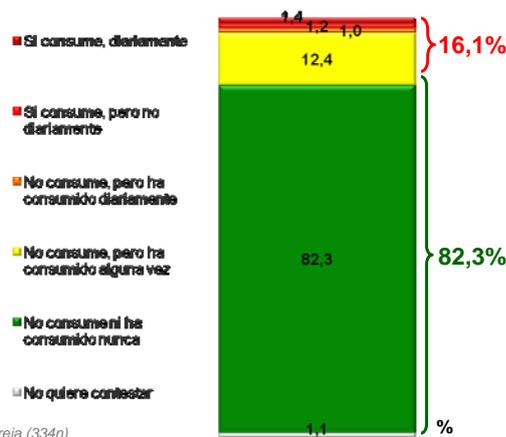
CONSUMO DE TABACO PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
Sí fuma, diariamente más de un paquete	14,4	15,4	14
Sí fuma, diariamente menos de un paquete	24,1	33,4	38,8
Sí fuma, pero no diariamente	1,6	-	1,8
No fuma, pero ha fumado	17,9	15,2	16,2
No fuma ni ha fumado nunca de manera habitual	41,8	36,1	29,2
NS/NC	0,3	-	-

El **consumo de tabaco** por parte de la pareja, no así de alcohol, parece estar relacionado con ser la situación de infertilidad: el porcentaje de consumo de tabaco diario (menor de un paquete) por parte de la pareja, es mayor entre las mujeres en esta circunstancia (38,8%) que entre la muestra global (24,1%). Y al contrario: **solo una de cada 3 mujeres con infertilidad afirman que su pareja no fuma ni ha fumado en el pasado** (29,2%) frente al 41,8% que afirman lo mismo entre la muestra global.



Consumo de drogas de la pareja (1)

Antes hablábamos de tabaco y alcohol, ¿su pareja consume o ha consumido en algún momento de su vida otra droga? (Por ejemplo Marihuana, Hachís, Cocaína, Éxtasis....) *



Base: Tienen pareja (334n)

* Esta variable se ha incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario



Consumo de drogas de la pareja (2)

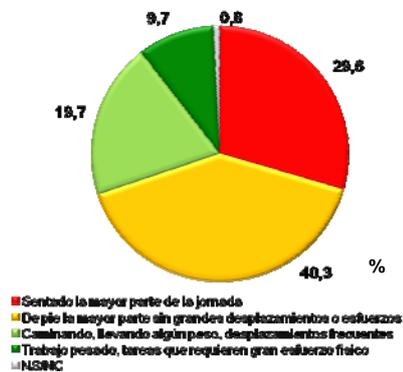
CONSUMO DE DROGAS PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
	334	38*	68*
Sí consume, diariamente	1,4	-	2,9
Sí consume, pero no diariamente	1,2	-	-
No consume, pero ha consumido diariamente	1	-	-
No consume, pero ha consumido alguna vez	12,4	22	23,5
No consume ni ha consumido nunca	82,3	78	73,7
NS	0,6	-	-
NO QUIERE CONTESTAR	1,1	-	-

El porcentaje de **consumo de drogas** por parte de las parejas de las mujeres entrevistadas, parece estar relacionado con las dificultades para lograr un embarazo. Así, el porcentaje de aquellos que han consumido drogas en alguna ocasión en el pasado es de 12,4% entre las parejas de la muestra global, mientras que entre las parejas de las mujeres con infertilidad, este porcentaje asciende al 23,5%



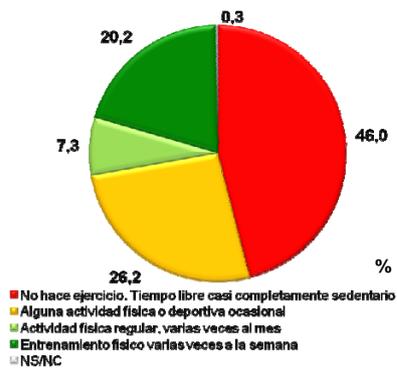
Actividad y ejercicio físico (1)

Ahora nos gustaría que nos dijera qué tipo de actividad física implica su trabajo o actividad habitual de su pareja. De las siguientes, ¿cuál diría usted que describe mejor su actividad principal?



Base: Tienen pareja (334n)

¿Qué tipo de ejercicio físico hace en su tiempo libre? Dígame cuál de estas posibilidades describe mejor la mayor parte de la actividad de su pareja en su tiempo libre



Base: Tienen pareja (334n)



Actividad y ejercicio físico (2)

TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA DE SU TRABAJO O ACTIVIDAD HABITUAL PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
Sentado la mayor parte de la jornada	29,6	27,3	30,6
De pie la mayor parte sin grandes desplazamientos o esfuerzos	40,3	44,1	32,7
Caminando, llevando algún peso, desplazamientos frecuentes	19,7	19,1	17,6
Trabajo pesado, tareas que requieren gran esfuerzo físico	9,7	7,2	16,8
NS/NC	0,8	2,3	2,3

Mientras que **entre las mujeres ni la actividad física desarrollada en el trabajo o actividad habitual, ni el ejercicio físico**, se relaciona con las dificultades para quedar embarazadas, sí parece ser estarlo **en el caso de sus parejas**. En concreto, mientras el 9,7% de las parejas de las mujeres de la muestra global dice desarrollar un trabajo pesado, con gran esfuerzo físico, este porcentaje aumenta hasta el 16,8% entre las mujeres con infertilidad.



Consumo de medicamentos (1)

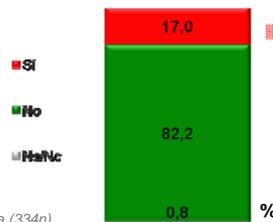
Su pareja, ¿toma algún tipo de medicación de forma continua?



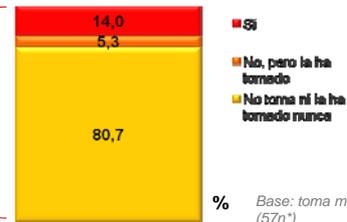
Base: Tienen pareja (334n)

¿Sufre su pareja de estrés y/o ansiedad de manera habitual?

¿Toma medicación para ello?



Base: Tienen pareja (334n)



Base: toma medicación (57n*)



Consumo de medicamentos (2)

PADECIMIENTO DE ESTRÉS Y/O ANSIEDAD PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
	334	38*	68*
Sí, padece estrés	17	31,9	21,6
No padece estrés	82,2	68,1	78,4
NS/NC	0,8	-	-

ESTRÉS Y/O ANSIEDAD Y CONSUMO DE FÁRMACOS PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: padece estrés y/o ansiedad</i>			
	57*	12*	15*
Sí, toma medicación	14,0	8,3	6,7
No, pero la ha tomado	5,3	0,0	6,7
No toma ni la ha tomado nunca	80,7	91,7	86,7

Al igual que observábamos en el caso de las mujeres, **el nivel de estrés en el caso de sus parejas es mayor cuando existen dificultades para quedar embarazada**. El 17% de las parejas del grupo global de mujeres padece estrés, y de ellas el 14% toma medicación; entre las parejas de las mujeres con esterilidad subjetiva la prevalencia de estrés es de casi el doble (31,9%), y de ellas toman medicación 8,3%.




Historial médico y reproductivo del hombre

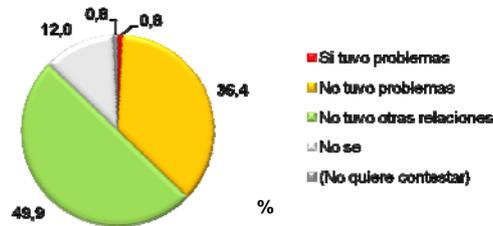
Salud Reproductiva Femenina



Unión Europea FEDER
 Andalucía
 COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZERA ESPAÑA - PORTUGAL COOPERACIÓN TRANSFRONTERIZERA
 JUNTA DE ANDALUCÍA
 Servicio Andaluz de Salud
 CONSEJERÍA DE SALUD
 Escuela Andaluza de Salud Pública
 CONSEJERÍA DE SALUD

Posibles problemas anteriores

¿Sabe usted si tuvo algún problema para tener hijos en otras relaciones?



Base: Tienen pareja (334n)

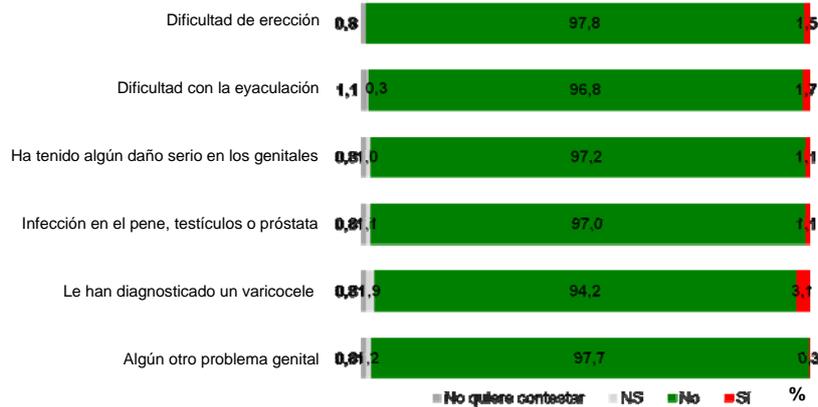
PROBLEMAS PARA TENER HIJOS PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
Base: Tienen pareja masculina			
	334	38*	68*
Si tuvo problemas	0,8	-	-
No tuvo problemas	36,4	26,8	33,2
No tuvo otras relaciones	49,9	60,8	59,4
No se	12	12,4	7,4
(No quiere contestar)	0,8	-	-

En cuanto a posibles **problemas del hombre para tener hijos en relaciones anteriores**, no se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos estudiados.



Historial médico del hombre (1) *

¿Sufre su pareja/ marido alguna de las siguientes dolencias?



Base: Tienen pareja (334n)

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario



Historial médico del hombre (2) *

HISTORIAL MÉDICO PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
	334	38*	68*
Dificultad de erección	1,5	6,4	1,2
Dificultad con la eyaculación	1,7	8,7	1,2
Ha tenido algún daño serio en los genitales	1,1	2,3	-
Infección en el pene, testículos o próstata	1,1	-	3
Le han diagnosticado un varicocele	3,1	5	2,4
Algún otro problema genital	0,3	2,3	1,3

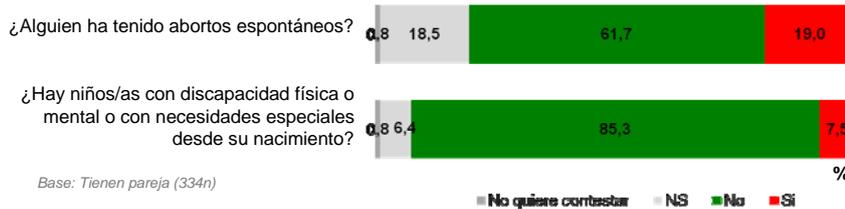
La prevalencia hombres con problemas como la **dificultad de erección, dificultad en la eyaculación y otros problemas genitales, es mayor entre las parejas con mujeres con esterilidad subjetiva** que en el grupo general.

Debe tenerse en cuenta que la edad media de las parejas masculinas de las mujeres entrevistadas es de 41 años. De cualquier modo, parece, según los datos comparados de la salud reproductiva de hombres y mujeres, que éstas hablen con más naturalidad y sinceridad de su salud ginecológica/intima, que de la de sus parejas.



Historial médico familiar del hombre *

En su familia más cercana (abuelas/ abuelos, madre, padre, tías/ tíos, primas/ primos o hermanas/ hermanos):



¿Alguien ha tenido abortos espontáneos? PAREJA (%)	TOTAL	ESTERILIDAD SUBJETIVA	INFERTILIDAD 1 AÑO
<i>Base: Tienen pareja masculina</i>			
	334	38*	68*
Si	19	40,8	15,8
No	61,7	42,5	66,8
No lo sabe o no lo recuerda	18,5	16,7	17,3
(No quiere contestar)	0,8	-	-

En cuanto al historial médico familiar de la pareja, encontramos una **prevalencia mayor en los casos en la familia más cercana de abortos espontáneos** entre aquellas mujeres con problemas declarados de quedarse embarazadas (40,8%) y el conjunto de la población femenina estudiada (19%).

* Todas las variables mostradas en esta página se han incluido en la sección autocumplimentada del cuestionario





Síntesis y conclusiones finales

Salud Reproductiva Femenina



Síntesis y conclusiones finales (1)

En el presente estudio, los **indicadores de esterilidad** utilizados han sido:

- a) **INFERTILIDAD A 1 AÑO:** Situación de aquellas mujeres que, después de un año manteniendo relaciones sexuales sin protección, no han quedado embarazadas; así, la **prevalencia** de esta situación en la ciudad de Huelva se sitúa en el **17,4%**.
- b) **ESTERILIDAD SUBJETIVA:** Mujeres que declaran haber tenido problemas para quedar embarazadas; la prevalencia según este indicador es del **9%**.

Centrándonos en las mujeres que declaran haber **tenido problemas al quedar embarazadas**, se observa que sólo dos terceras partes (el 64,1%) conoce cuales son los motivos por los que no lograron un embarazo, siendo la causa más frecuente las alteraciones de la ovulación.

En relación al consumo de recursos sanitarios, mientras que el 9,1% de la población estudiada señala haber **consultado a algún profesional sanitario** ante la dificultad de quedarse embarazada, este porcentaje asciende al 88,5% en aquellos casos en los que las mujeres han percibido tener estas dificultades, mientras que sólo es del 24,5% en los casos identificados como infertilidad a los 12 meses.

Por otro lado, se observa que la población de estudio acude de manera simultánea al sistema sanitario público como al privado, aunque en los casos en los que es necesario algún tipo de tratamiento de fertilidad, éstos son recibidos más frecuentemente en la sanidad privada.

Síntesis y conclusiones finales (2)

La relaciones identificadas entre la **prevalencia de esterilidad** y el resto de variables analizadas son las siguientes:

A) FACTORES AMBIENTALES/ MEDIOAMBIENTALES

Existe una **mayor prevalencia** de esterilidad en los **distritos 3 y 5**, coincidiendo con grandes infraestructuras de la industria pesada onubense. El distrito 3 concentra el 9,6% de la población entrevistada y el 19,1% de las mujeres con dificultades para gestar; el distrito 5 concentra el 11,4% de la población femenina estudiada y el 18,9% de las mujeres con infertilidad a los 12 meses.

No obstante, queda por conocer el **tiempo/ grado de exposición** al factor de los casos estudiados para determinar una potencial relación causa-efecto. Debería tenerse en cuenta, por ejemplo, la antigüedad de residencia en la zona, así como la posible movilidad geográfica de las parejas jóvenes/ en edad fértil. De este modo, podría caber la posibilidad de que parejas en edad fértil residan en distritos expuestos a posible toxicidad desde hace relativamente poco tiempo, y al contrario: haber residido durante largo tiempo en estos distritos y trasladarse a otros "menos" afectados, y mostrar posibles problemas de esterilidad.

Se aprecia además, una **percepción de contaminación del aire** en el barrio de residencia mayor entre las que presentan esterilidad subjetiva (31,9% vs 14,2% declarado por la muestra global).



Síntesis y conclusiones finales (3)

B) FACTORES RELACIONADOS CON LA SALUD GINECOLÓGICA

Se ha encontrado igualmente una **mayor prevalencia de casos de infertilidad entre las mujeres que afirman tener un peor estado general de salud**.

En cuanto al número de mujeres diagnosticadas de enfermedades crónicas, encontramos un **número mayor entre las mujeres** con infertilidad en el caso de **problemas cervicales o lumbares** (42,4% frente al 31,1% que dicen padecerlo entre el total de mujeres entrevistadas) y **problemas de tiroides** (10,6% vs. 5,5%).

Se observa además **mayor prevalencia** de infertilidad en mujeres que **afirman padecer estrés** (1 de cada 2 mujeres de este grupo, el 48,2% afirma padecerlo en la actualidad, frente al 34% de la muestra global), siendo también mayor el porcentaje de las que no están medicándose por esta razón (33,7% vs 22%).

En general, parece confirmarse una relación entre el estado general de salud de las mujeres entrevistadas y sus posibles problemas de concepción, sin embargo no está determinado en términos causa-efecto, puesto que esta relación aparece mediatizada por eventuales tratamientos farmacológicos.



Síntesis y conclusiones finales (4)

También parece identificarse una clara relación entre padecer problemas de fecundidad y la **salud ginecológica** de las mujeres onubenses, es decir, la infertilidad no solo aparece relacionada con ciclos de fertilidad más cortos a nivel global (inicio más tardío del periodo/ fin prematuro del mismo), sino también con menstruaciones más irregulares, cortas, y con periodos intermenstruales más breves.

En cuanto a la edad de la **primera regla** mientras que entre el colectivo global solo el 6,1% declara haberla tenido después de los 15 años, este grupo es del **doble entre las mujeres con infertilidad** (12,1%).

La duración del periodo suele ser diferente tanto en las mujeres que declaran tener problemas para gestar (24,2%), como entre las que tienen infertilidad (18,8%) frente al grupo global (10,7%).

Son menores **los días entre periodos menstruales**: el 26% de las que tienen esterilidad subjetiva y el 23,1% entre las mujeres con infertilidad, frente al 14,2% del grupo global, afirman tener una duración menor a los 28 días.

Es menor además el número de días de duración del periodo: menor a 4 días el 32,8% de las que presentan dificultades para quedar embarazadas, frente al 18,9% de la muestra global.

Fijándonos solamente en el grupo clasificado como infertilidad: sufren también en mayor proporción que la muestra global **variación en los días de duración de la regla** (29,6% vs. 18,8%), síntomas del **Síndrome Premenstrual** (68,2% vs. 48,5%) y síntomas de **dismenorrea** (56,3% vs. 30,1%).



Síntesis y conclusiones finales (5)

Por otro lado, la prevalencia de **cirugías ginecológicas** es mayor tanto en las mujeres con esterilidad subjetiva (36,8%) como en aquellas con infertilidad (35,5%) frente a la muestra global (22,6%). Además, es mayor el porcentaje de **mujeres vacunadas contra la rubeola** en aquellas con infertilidad (80,1 vs. 69,5% en la muestra global).

En relación a los **quistes ováricos**, éstos son **más frecuentes** en los grupos con esterilidad. Así mientras que la prevalencia de este problema en la muestra global es de 15,9%, es del doble (29,7%) entre las mujeres con infertilidad y de 41% entre las que manifiestan tener problemas para gestar.

Quizá debido a estos problemas ginecológicos descritos, o bien porque ya se han dado cuenta de sus problemas para gestar, los dos grupos se han realizado con mayor proporción que la muestra global, **diferentes exámenes ginecológicos** (ecografía ginecológica, exámenes de sangre hormonales, LH Urinario, HSG...).

En cuanto a los hijos, no se han encontrado diferencias en cuanto al número entre los grupos estudiados. Se ha indagado en **el tiempo de espera** hasta lograr el embarazo y el **método respecto al primer hijo**, resultando que prácticamente la mitad de las mujeres con esterilidad subjetiva han tenido que esperar **más de un año** (48,3%) frente al 13,7% de la muestra global. Es significativamente mayor el porcentaje de mujeres con esterilidad subjetiva que han recibido **tratamientos farmacológicos** de fertilidad (13,4% vs. 1,7% del total), o se han sometido a un procedimiento de **fecundación in vitro** (12,1% vs. 1,2% en el total).



Síntesis y conclusiones finales (6)

C) FACTORES RELATIVOS A HÁBITOS DE SALUD

En relación a los estilos de vida, **el consumo de alcohol** es el principal hábito relacionado con la esterilidad. Así, mientras el 37,5% de las mujeres entrevistadas declara no consumir alcohol ni haberlo hecho en el pasado, este porcentaje desciende al 25,8% entre aquellas con infertilidad.

Ni la actividad física desarrollada en el trabajo o actividad habitual, ni el ejercicio físico, aparecen relacionados con la infertilidad, tampoco se encuentran diferencias entre los grupos estudiados en referencia al **entorno de trabajo** (contacto con productos químicos o tóxicos, o fuentes de calor intenso).



Síntesis y conclusiones finales (7)

D) FACTORES DERIVADOS DE LA PAREJA

Analizado el perfil de la pareja, se ha identificado la siguiente relación entre mujeres con esterilidad subjetiva y aquellas con infertilidad y las características de sus parejas.

En cuanto a hábitos de vida, **concretamente consumo de tabaco y drogas**, mientras que el porcentaje de parejas que no han fumado nunca es del 41,8% entre la muestra global, esta cifra desciende al 29,2% entre las parejas de las mujeres con infertilidad. Por otro lado, también se observa una mayor proporción (estadísticamente significativa) de parejas que alguna vez han consumido drogas entre las mujeres con infertilidad a un año (23,5% vs. 12,4% de la muestra global).

Respecto al tipo de actividad física que requiere la actividad habitual de las parejas, el porcentaje de aquellos hombres que desarrollan **un trabajo pesado** es mayor entre las que tienen infertilidad (16,8%) que en la muestra global (9,7%).

Al igual que en las mujeres, el **nivel de estrés en las parejas** es mayor cuando se presentan esterilidad subjetiva. La prevalencia es del 17% en la muestra general, y asciende al 31,9% en este grupo.

Atendiendo al historial médico del hombre, y fijándonos en las mujeres que declaran tener dificultades para gestar, es mayor en este grupo la prevalencia declarada por las mujeres de **dificultad de erección** de sus parejas (6,4 vs. 1,5%), dificultad con la **eyaculación** (8,7% vs. 1,7%) y **otros problemas genitales** (2,3% vs. 0,3%).

Finalmente, en las parejas de este grupo de mujeres con dificultades, hay una prevalencia mayor de casos en los que alguien en la **familia más cercana** de la pareja, ha sufrido **abortos espontáneos**.





Aproximación a la validez externa con respecto a la población portuguesa

Salud Reproductiva Femenina



VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Traducción

El cuestionario final utilizado en el trabajo de campo fue adaptado al portugués por un traductor bilingüe de origen portugués. La traducción de cada uno de los ítems se realizó de manera semántica y no literal, buscando así la equivalencia conceptual e idiomática.

El traductor debía notificar aquellos ítems en los que existiera alguna dificultad media o alta para encontrar una expresión en portugués que conceptualmente fuese equivalente a la española, así como cualquier otra situación anómala que pudiera identificar, siendo éste el caso de los niveles educativos.

Estos ítems se sometieron a una segunda evaluación obteniéndose así la traducción definitiva de la herramienta al portugués.

VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Retrotraducción

Para evaluar la equivalencia entre la versión española y la portuguesa, ésta última se sometió a una retrotraducción del portugués al español por un traductor bilingüe de origen español. En esta segunda traducción también debían indicarse la dificultad de encontrar una expresión equivalente en español de cada uno de los ítems portugueses. La versión retrotraducida se comparó con la original, y se valoró la similitud de significado entre ambas versiones identificándose las discrepancias. Los ítems conflictivos fueron evaluados conjuntamente por la persona encargada de realizar la traducción y el equipo de investigación, hasta obtener una versión definitiva del instrumento en portugués.



VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Aplicabilidad del cuestionario al entorno portugués (1)

En relación a la validez de contenido de la herramienta, lo primero a señalar es que tal y como se ha comentado con anterioridad, la adaptación de la versión española a la versión portuguesa se realizó mediante la traducción de cada uno de los ítems de manera semántica y no literal, buscando en todo momento la **equivalencia conceptual e idiomática** y no sólo la simple transcripción de la misma. Por otro lado, se prestó especial atención a la correcta adecuación de aquellos aspectos contenidos en el cuestionario que pudieran diferir en los entornos español y portugués, como fueron los programas educativos reglados utilizados para evaluar el nivel de estudios, las denominaciones comerciales de los tratamientos farmacológicos y la oferta sanitaria disponible tanto en el ámbito público como privado.

A pesar de que los resultados de aplicar la versión original española a 443 mujeres demostraron que la herramienta presentaba unas adecuadas propiedades para el estudio de los problemas de fecundidad en la pareja y que la adaptación lusa se realizó con meticulosidad, resulta imprescindible **la aplicación definitiva del cuestionario en Portugal sea complementa con una evaluación de la idoneidad para dicho contexto de todos los ítems incluidos** en el mismo, valorando la necesidad de incluir aspectos no contemplados en el mismo o bien de excluir o adaptar aquellos que sean necesarios.



VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Aplicabilidad del cuestionario al entorno portugués (2)

Se recomienda en primer lugar la realización de una “**prueba de jueces**” por profesionales expertos en la materia, encargados de revisar la idoneidad de cada ítem en el nuevo contexto de aplicación. En segundo lugar y una vez adecuada la herramienta, es imprescindible la realización de un **trabajo de campo preliminar** o encuesta piloto a un número suficiente de mujeres (entre 20 y 30), con la finalidad de determinar posibles dificultades de comprensión y adecuación lingüística, así como la identificación de connotaciones culturales específicas que fueran aplicables al nuevo contexto cultural. En este proceso, y debido al carácter íntimo y personal de la mayor parte de la información abarcada, es importante tener en cuenta tanto la respuesta verbal de las mujeres como su respuesta no verbal así como que la entrevista sea cara a cara y mediante un sistema de recogida de información mediante ordenador (CAPI) preparado para que una parte del cuestionario sea autoadministrada. También deben quedar recogidos en el pilotaje otros aspectos como son el tiempo medio de cumplimentación del instrumento, la idoneidad del orden de las preguntas, su aceptación, comprensión, etc... de tal manera que puedan identificarse aquellos posibles problemas tanto con el instrumento como con el procedimiento utilizado, siendo corregidos para el posterior trabajo de campo.



VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Aplicabilidad del cuestionario al entorno portugués (3)

En la posibilidad de extrapolar de los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario, además de los aspectos mencionados, tendrá especial influencia el **diseño muestral** que se aplique, de tal manera que la selección de la muestra que se escoja para el estudio deberá ser aleatoria y lo más representativa posible de la población que se quiera analizar.

En el estudio principal, realizado en Huelva capital, el diseño muestral utilizado fue probabilístico, estratificado y polietápico, en el que las unidades primarias de muestreo fueron las secciones censales de la capital onubense, estratificándolas por distrito censal. Dentro de cada estrato, la selección de las secciones se hizo de forma proporcional al número total de la población de estudio. Una vez elegidas, se procedió a la selección de las viviendas mediante rutas aleatorias, distribuyendo el número de entrevistas correspondiente a cada distrito en rutas de 8 viviendas. La selección última, en caso de que dos o más personas en el hogar cumplieran el criterio de selección, se realizó por el método del último cumpleaños.

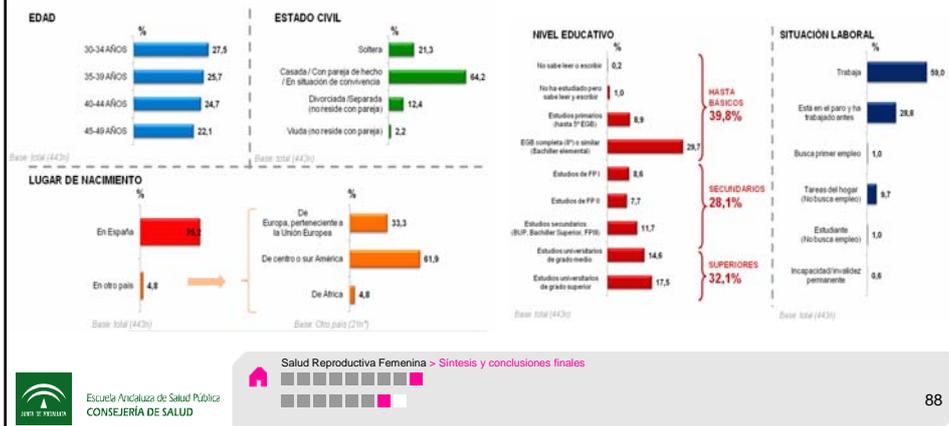


VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Aplicabilidad del cuestionario al entorno portugués (4)

Finalmente, a la hora de utilizar el cuestionario, también es necesario **tener en cuenta las características que definen la población de estudio**. En este sentido, la herramienta ha demostrado un buen funcionamiento para el estudio de mujeres con el siguiente perfil sociodemográfico:



VALIDEZ EXTERNA EN EL ENTORNO PORTUGUES

Aplicabilidad del cuestionario a Portugal

Aplicabilidad del cuestionario al entorno portugués (5)

A pesar de que para conocer las características de la población femenina del Algarve portugués es necesario realizar una investigación ad hoc, las cifras de oficiales publicadas por los Institutos Nacionales de Estadística de ambos países, indican en principio bastante similitud en lo que se refiere a la distribución porcentual de los diferentes grupos étnicos a los que se dirige el estudio:

Grupo de edad	Algarve II*		Huelva**	
	Nº de mujeres	%	Nº de mujeres	%
30-34	14.553	26	22.534	27
35-39	14.482	25	21.508	26
40-44	14.287	25	20.670	25
45-49	13.525	24	18.032	22
Total	56.847	100	82.744	100

* Cifras correspondientes al Censo de Población del año 2.001 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística de Portugal (<http://www.ine.pt/>)
** Cifras correspondientes al Padrón de Población del año 2.009 publicadas por el Instituto Nacional de Estadística de España (<http://www.inec.es/>)

De cualquier manera, el cuestionario debería aplicarse con cautela en aquellos casos en los que sea elevado el grado de divergencia con el perfil descrito, teniendo en cuenta la posible necesidad de realizar adaptaciones del mismo.