

INTERVALO INTEREMBARAZO O INTERGENESICO

Dr. Jorge Conde Vinacur, Lic. Mercedes Fernández, Lic. Carlos Guevel, Lic. Elida Marconi

Maestría en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires

Resumen

Objetivo: Analizar información secundaria sobre intervalo intergenésico en el país.

Método: Como estimador del mismo a nivel poblacional se utilizó la diferencia de las edades promedios de los distintos subgrupos (según orden de nacimiento, jurisdicción de residencia y años de unión).

Resultados: El intervalo para los tres primeros hijos es mayor y para el quinto es menor que el considerado óptimo en la literatura anglosajona.

Conclusiones: las diferencias se atribuyen a diferentes patrones de amamantamiento, entre otros factores posibles (urbanización, pérdida de tabúes sexuales durante la lactancia, acceso a la contracepción). Se insiste en la necesidad de estudios sobre intervalo intergenésico ya que Argentina es uno de los pocos países del mundo que carece de esta información.

Introducción

El intervalo intergenésico se define como el tiempo entre las fechas de dos nacimientos vivos sucesivos o consecutivos menos la edad gestacional del neonato más reciente.¹

El número de hijos nacidos vivos depende de múltiples factores tales como: la edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (intervalo intergenésico), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos contraceptivos, etc.

En la literatura sobre el tema se considera que el intervalo intergenésico (del que no existen registros en el país), es la variable más importante y compleja relacionada con la sobrevivencia de un niño. Las dos variables restantes, de las que sí se disponen datos, la edad materna y el orden al nacer, no son independientes entre sí, situación que se acentuaría al incorporar el intervalo intergenésico, ya que una mujer joven con muchos hijos, necesariamente ha debido tener intervalos intergenésicos breves.

Este trabajo pretende iniciar una línea exploratoria en búsqueda de tendencias o asociaciones, con datos secundarios sobre intervalo intergenésico, a partir de la información contenida en el Informe Estadístico de Nacido Vivo, referida a fecha del comienzo de la unión o matrimonio de la madre y número de orden del nacimiento vivo que se registra.

Población y métodos

La información que integra las bases de datos utilizadas en este estudio proviene del Sistema de Estadísticas Vitales de la República Argentina. Dicho sistema, por delegación del Instituto Nacional de Estadística y Censos, forma parte del Sistema de Estadísticas de Salud conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Este Programa trabaja con definiciones y procedimientos recomendados por la Oficina de Estadísticas de Población de Naciones Unidas, lo que finalmente resulta en información homogénea y comparable.

Los datos sobre nacidos vivos se recolectan por medio del Informe Estadístico de Nacido Vivo. El flujo de la información se establece entre los componentes del sistema, siguiendo las siguientes etapas:

- Anivel local, los registros civiles y sus delegaciones son responsables de la recolección de los cuestionarios y de su remisión al nivel jurisdiccional.
- Anivel jurisdiccional, las unidades de estadísticas vitales y de salud realizan la recepción, codificación, confección y envío de los archivos en soporte magnético al nivel nacional.
- Anivel nacional, se elaboran las estadísticas correspondientes a los hechos vitales, según un plan de tabulados acordado con todas las jurisdicciones en reuniones nacionales.

En la información disponible se carece de la fecha de nacimiento del hijo

El número de hijos nacidos vivos depende de múltiples factores tales como: la edad de la madre, el resultado del embarazo anterior, el espaciamiento entre embarazos (intervalo intergenésico), el número total de hijos deseados, el acceso a métodos contraceptivos, etc.

anterior, por lo que no es posible calcular el intervalo intergenésico tal como está definido. Como mejor estimador del mismo a nivel poblacional, se utilizó la diferencia de las edades promedios de los distintos subgrupos (según orden de nacimiento, jurisdicción de residencia y años de unión).

Resultados

En la tabla se observa que, desde el inicio de la unión hasta que las parejas tienen el primer hijo

Tiempo promedio (años) transcurrido entre el inicio de la unión y el número de embarazo y subsiguientes.
Nacidos vivos. Argentina. Años 1998 y 1997.
Total país.

Embarazo	1	2	3	4	5	6
1998	3.08	5.37	7.64	9.15	10.23	12.62
1997	3.13	5.36	7.63	9.19	10.36	12.70

transcurren en promedio 37 meses (3,1 años); luego los intervalos se acortan, ya que 27 meses después del primero tienen el segundo, otro intervalo similar para el tercero, 18 meses después el cuarto y sólo 13 meses para el quinto. El sexto hijo muestra un intervalo mayor.

Los mayores intervalos promedio observados para los tres primeros hijos superan el intervalo que el estudio de Zhu⁵ considera como óptimo (de 18 a 23 meses). Esto podría atribuirse a una mayor frecuencia de lactancia en nuestro país con respecto a USA.^{8,9}

Por otra parte, se sabe que a medida que aumenta el tamaño familiar disminuye el intervalo entre embarazos. Cuando el intervalo entre embarazos es menor de 20 meses, puede pensarse que la frecuencia de lactancia natural es baja, al igual que la utilización de métodos modernos de contracepción.

Al comparar entre provincias, no se observaron diferencias importantes en las edades promedio de las madres para cada paridad, excepto para la Capital Federal, en la que la edad a la que se tiene el primer hijo es más elevada. Los intervalos entre hijos son similares para todas las jurisdicciones.

Comentario

Distintos factores socioculturales y socioeconómicos influyen en la edad a la que la mujer se casa o une, los métodos contraceptivos que utiliza, la edad al primer embarazo, el intervalo entre embarazos, y el

número de embarazos que ella podrá tener. Estos factores también condicionan su decisión de amamantar o no, la duración de la lactancia, la alimentación o nutrición que tendrá y sus hábitos de higiene.

El número de hijos que una mujer puede tener, depende también del intervalo entre nacimientos. En varias especies de mamíferos, entre ellas la nuestra, la *fertilidad* (frecuencia con la que un nacimiento vivo completa el proceso reproductivo) es baja al comienzo de la vida reproductiva; poco después alcanza su máximo nivel y se mantiene estable durante algún tiempo; luego disminuye gradualmente hasta terminar por completo.

El intervalo entre nacimientos sucesivos puede dividirse en cinco componentes:²

1. Período de amenorrea postparto.
2. Período de amenorrea en el que ocurren irregularmente ovulaciones.
3. Intervalo menstrual, con probabilidad normal de concepción.
4. Tiempo de retraso atribuible a aborto espontáneo previo a un parto ulterior.
5. Duración del embarazo del neonato del embarazo más reciente (este tiempo se resta en la definición).

La *tasa de fertilidad* para una población considera los nacimientos vivos ocurridos en un período determinado como el numerador y una población aproximada (mujeres de 15 a 44 o a 49 años) como el denominador.

En la práctica, la mayoría de los estudios no tienen en cuenta las variaciones grupales o individuales relacionadas con los estilos de vida que determinan la conducta sexual, la utilización contraceptiva o los patrones ovulatorios en las poblaciones que analizan.

Para comprender las relaciones entre edad materna y fertilidad es útil observar el máximo número de nacidos vivos que puede lograrse en poblaciones "naturales" que se reproducen sin restricciones voluntarias. Las tasas de fertilidad específicas para la edad se han compilado para varias de estas poblaciones. Se observa una gran variación en las tasas edad-específicas por tiempo y lugar y seguramente por dieta (grado de nutrición) y nivel de vida. Sin embargo, se destaca la consistencia de la disminución de la fertilidad en las edades más avanzadas.³

En 1988, un grupo multidisciplinario de investigadores convocados por la Rockefeller Foundation, se reunió para analizar las condiciones en las que la lactancia puede ser un método útil para regular la fertilidad.⁴ La efectividad del LAM (Lactational Amenorrhea Method) como contraceptivo es de dos embarazos cada cien mujeres en los primeros seis meses después del parto. Estos resultados se observan en los grupos en que se cumplen todas las condiciones

que se listan a continuación:

- Por lo menos, el 85% del alimento del bebé es leche materna, la madre amamanta frecuentemente durante día y noche;
- la madre continúa en amenorrea;
- el niño tiene menos de 6 meses de edad.

La influencia de la lactancia como espaciador de nacimientos está en relación inversa con el grado de urbanización, el grado de nutrición materna, la pérdida de tabúes sexuales durante la lactancia y los cambios en las prácticas de amamantamiento.

A medida que las poblaciones son más urbanizadas, las formulas comerciales son más accesibles y dado que la mujer se incorpora a la fuerza de trabajo en forma creciente, tanto la duración del amamantamiento como la abstinencia postparto se ven reducidas.

Los tabúes culturales requieren, a veces, que la mujer que amamanta se abstenga de mantener relaciones sexuales. Tanto la abstinencia sexual como la duración de la lactancia sirven para aumentar el intervalo entre embarazos sucesivos. Estos patrones se ven cada vez con menor frecuencia.

El intervalo promedio entre el nacimiento de un niño vivo y la concepción del siguiente, en las mujeres de los países menos desarrollados es de aproximadamente tres años. Este intervalo es más corto en poblaciones con mejor nutrición, aún cuando amamanten y tengan un comportamiento sexual similar al de las mujeres de las áreas menos desarrolladas.

Los intervalos más cortos se asocian con mayor riesgo de mortalidad tanto para el nacido que abre el intervalo como para el que lo cierra. El efecto sobre la madre ha sido menos estudiado. Los nacimientos muy seguidos le dejan menos oportunidades a la madre para recuperarse del desgaste del embarazo y la lactancia antes de repetir el proceso. Las condiciones empeoran si la madre continúa amamantando mientras está nuevamente embarazada, ya que el intervalo recuperativo es nulo.

Cuando la dieta de la mujer durante el proceso reproductivo es inadecuada, el tiempo de recuperación necesario es mayor (en general la dieta sigue siendo igualmente mala todo el tiempo).

Las mujeres bien nutridas que no amamantan a sus hijos pueden ovular a partir de veintisiete días

después del parto. La mediana de la anovulación post parto es de cincuenta y seis días y la duración máxima fue menos de cinco meses.⁵ Entre las mujeres que amamantan a pecho exclusivamente la ovulación ocurre en intervalos muy variables, y hacia los seis meses del parto, algo menos del 50% de las mujeres ya está ovulando.

El concepto de intervalo "óptimo", es decir, el intervalo asociado con la mayor probabilidad de obtener el nacimiento de un niño vivo normal de término es más importante que el intervalo "natural".

Muchas son las publicaciones que muestran en forma llamativamente consistente que los intervalos interembarazos cortos se asocian con mayor riesgo de varios resultados perinatales adversos: bajo peso, partos pretérmino, peso bajo para la edad gestacional. Los

intervalos largos muestran resultados adversos en forma menos consistente.⁶

Recientemente se ha establecido como intervalo óptimo 18 a 23 meses.⁶ Este estudio del CDC muestra que los intervalos más cortos que este período son malos pero los intervalos mucho más largos resultan peores. Los embarazos con intervalos menores a seis meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pretérmino

o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de diez años tienen un riesgo doble de tener un pequeño para la edad y un 50% de tener un pretérmino. Este estudio establece el intervalo óptimo después de controlar dieciséis variables que pueden afectar los resultados (tabaquismo, alcoholismo, control prenatal, edad materna, etc.).

La relación entre intervalos cortos y malos resultados se ha atribuido al desgaste nutricional materno, lesiones sobre el aparato reproductor y estrés postparto. La relación entre intervalos largos y malos resultados se atribuye a una declinación de la irrigación sanguínea uterina. Existen otros factores que pueden contribuir a explicar el efecto de los largos intervalos sobre los resultados. Si, entre quienes tuvieron un hijo vivo después de esperar diez años desde el hijo anterior, hubiera una frecuencia

elevada de embarazos no planificados, las condiciones de estrés, infecciones, etc., de esta subpoblación podrían explicar los resultados. En este largo intervalo pudieron haber ocurrido abortos, partos con feto muerto, esterilidad secundaria, etc., que

Los intervalos más cortos se asocian con mayor riesgo de mortalidad tanto para el nacido que abre el intervalo como para el que lo cierra.

Los embarazos con intervalos menores a 6 meses tienen un riesgo 40% mayor de ser pretérmino o pequeño para la edad gestacional. Las mujeres que esperan más de 10 años tienen un riesgo doble de tener un pequeño para la edad y un 50% de tener un pretérmino.

podieran no haberse registrado y que son causa de malos resultados.

Un estudio longitudinal realizado en Noruega permitió observar que si bien los nacimientos ocurridos después de intervalos muy largos o muy cortos fueron de niños más pequeños que los de intervalos intermedios, los niños que nacieron antes de dichos intervalos extremos también fueron más pequeños que los de intervalos intermedios. Esta observación sugiere que parte del riesgo atribuido a intervalos interembarazos extremos, puede deberse a otros factores.

Si una mujer quiere embarazarse antes de seis meses o después de ciento veinte meses de un parto anterior se le puede asegurar, en ausencia de otros factores de riesgo, que el riesgo es menor de lo que indica el estudio del CDC,⁷ además, el médico debe comprender que, en mujeres con intervalos extremos, los resultados están con relación a riesgos biológicos y sociales potencialmente modificables.

Por otra parte, si luego de un parto, la mujer no quiere embarazarse enseguida, se le debe ofrecer adecuada contracepción, ya que ella no tendrá acceso, tiempo ni energías para conseguirla. Es responsabilidad de los proveedores de cuidados a las mujeres brindarles la opción de contracepción luego de los partos.

La implementación del LAM no parece haber producido adecuado intervalo entre embarazos con respecto a la simple estrategia de iniciar la contracepción precozmente en el período postparto y, a menos que se implemente en forma perfecta, los resultados de LAM pueden ser considerablemente peores. La lactancia debe verse como la mejor forma de alimentar un niño pero no como un método de control de nacimientos. La contracepción eficiente es la mejor forma de asegurar que un niño, en las poblaciones con menos recursos, pueda alcanzar los beneficios de la lactancia sin el peligro de ser destetado en forma muy precoz debido a un nuevo embarazo.⁸

Bibliografía

1. Ventura SJ et al. Report of final natality statistics, 1995. Hyattsville, Maryland: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics, 1997 (Monthly vital report 1997; 45(11) suppl).
2. Gray RH, Doyle PE. The epidemiology of conception and fertility. In: *Obstetrical Epidemiology*. London: Academic Press, 1983.
3. Stein Z. A woman's age: Childbearing and child rearing. *Am J Epidemiol* 1985; 121:327-42.
4. *Family Health International* 1988:1204.
5. Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *The Lancet* 1968; 2:242.
6. Duncan J et al. Risk factors for short interpregnancy interval—Utah, June 1996–June 1997. *MMWR* 1998; 47(43):930-4.
7. Zhu BP et al. *NEJM* 1999; 340(8):589-94.
8. Klebanoff MA. The interval between Pregnancies and the Outcome of Subsequent Births. *NEJM* 1999; 340(8).
9. Bracher M. Breastfeeding, lactational infecundity, contraception and the spacing of births: implications of the Bellagio Consensus Statement. *Health Transition Rw* 1992; 2(1):1-28.
10. López E, Tamargo MC. La salud de la mujer. En: *Infancia y condiciones de vida*. INDEC 1995, pp 189-193.
11. Horton JA. (ed.). *The Women's Health Data Book*. 2nd ed. A profile of Women's Health in the United States. Elsevier, 1995, 23.