

En algunos países en desarrollo, muchas mujeres embarazadas consumen tabaco

Según hallazgos de una encuesta multinacional (pero no representativa), el consumo del tabaco y la exposición de las mujeres embarazadas al humo como fumadoras pasivas son problemas actuales y emergentes en los países en desarrollo.¹ En seis de los nueve países incluidos en el estudio, la mayoría de las mujeres embarazadas encuestadas respondió que nunca había probado los cigarrillos. Sin embargo, tres cuartas partes de las encuestadas en Argentina y Uruguay, habían fumado al menos una vez en su vida; y 10–18% dijo que en ese momento eran fumadoras. La exposición al humo emitido por otras personas también era común, particularmente en Pakistán, en donde la mitad de las mujeres embarazadas afirmó que frecuentemente o siempre estaban expuestas al humo del tabaco en recintos cerrados.

Los países en desarrollo representan cerca del 70% del consumo de tabaco en el mundo. Aunque la mitad de los hombres en esos países fuma, solamente una de cada 10 mujeres lo hace. Sin embargo, los datos sugieren que en las naciones en desarrollo, está aumentando el consumo del tabaco entre las mujeres. Además, el consumo de tabaco, aun en niveles bajos por parte de las mujeres en edad reproductiva, causa preocupación para la salud pública, no solamente por los efectos potenciales del tabaco en las propias mujeres, sino también porque fumar durante el embarazo se ha vinculado al parto prematuro, bajo peso al nacer y otros problemas fetales. Estas complicaciones plantean una amenaza especial en los países en desarrollo en donde, con frecuencia, se carece de la atención médica adecuada antes, durante y después del parto.

Con el propósito de estudiar el consumo del tabaco y la exposición de las mujeres embarazadas al humo como fumadoras pasivas en países en desarrollo, en 2004–2005 los investigadores examinaron muestras por conveniencia de mujeres embarazadas en Argentina, Brasil, Ecuador, Guatemala, India (dos estados), Pakistán, República Democrática del Congo, Uruguay y Zambia. En Brasil y Pakistán, la encuesta se llevó a cabo en un solo sitio;

en Argentina, Ecuador y Zambia, el reclutamiento incluyó a participantes de por lo menos siete sitios. La información procedente de los estados indios (Orissa y Karnataka), se trató como si fuera de dos muestras distintas.

Las candidatas se consideraban aptas para el estudio si su edad era de 18–46 años y si estaban en el segundo o tercer trimestre de embarazo. Las encuestas, llevadas a cabo por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, incluyeron a por lo menos 700 mujeres embarazadas en cada país o estado; se las efectuó por medio de entrevistas personales. Las tasas de respuesta fueron de 98% o más altas. Las medidas clave incluían el consumo una vez (aunque hubiera sido con una sola fumada) de cigarrillos; si la entrevistada había sido, o era en la actualidad, fumadora habitual; si había probado o consumía actualmente productos de tabaco aparte de los cigarrillos; si el uso de productos del tabaco era permitido en casa y si la persona encuestada y sus hijos pequeños eran fumadores pasivos; y si ella consideraba aceptable que las mujeres de su comunidad fumaran cigarrillos o usaran otros productos derivados del tabaco.

Las características sociales y demográficas de las entrevistadas variaron de manera importante, lo cual fue un reflejo de la diversidad de los nueve países. La mayoría de las mujeres vivía en áreas urbanas, con excepción de India y Pakistán, donde más del 80% vivía en comunidades rurales. En casi todos los países, la edad promedio era de 24–27 años; más del 90% sabía leer y escribir, excepto en Zambia (75%), los dos estados indios (60–71%) y Pakistán (24%). Solamente una cuarta parte de las africanas encuestadas vivía con alguien que consumía tabaco, pero las proporciones eran más altas en América Latina (30–60%) y Asia (56–90%).

Las mujeres de los cinco países latinoamericanos reportaron los niveles más altos de consumo de tabaco. En cada uno de esos países, por lo menos una tercera parte de las mujeres había probado un cigarrillo alguna vez; las tres cuartas partes de las mujeres en Argentina y en Uruguay y tres quintas partes de

ellas en Ecuador si lo habían hecho. En contraste, no más de una de cada siete mujeres en los países de África o Asia había fumado alguna vez. Aunque el uso habitual era mucho más bajo en los otros países, 53% de las entrevistadas en Uruguay y 44% en Argentina dijeron que alguna vez habían sido fumadoras habituales. Uruguay y Argentina tuvieron también las proporciones más altas de encuestadas que admitieron que habían fumado durante su actual embarazo (18% y 10%, respectivamente). Brasil (6%) y Pakistán (3%) fueron los únicos otros países en los cuales más del 1% de las entrevistadas reportaron ser fumadoras en el momento de la encuesta. Alrededor de una tercera parte de mujeres en Argentina (35%) y Uruguay (33%) dijo que es aceptable que las mujeres consuman cigarrillos, pero las proporciones fueron más bajas en otras partes de América Latina (5–19%) y muy bajas en África y Asia (0–4%).

En la mayoría de los países, menos del 5% de las personas entrevistadas había probado alguna vez un producto de tabaco que no fuera el cigarrillo. Las excepciones fueron la República Democrática del Congo (42%) y los dos estados indios (9–34%). El uso actual de estos productos era alto en Orissa (34%), donde casi todas las mujeres que los habían probado alguna vez lo seguían haciendo, pero los niveles de uso habitual fueron mucho más bajos en Congo (6%) y Karnataka (5%).

Sin embargo, las mujeres que personalmente no consumían tabaco en forma de cigarrillos con frecuencia resultaban expuestas al humo de los otros fumadores. En Pakistán, 92% de las entrevistadas dijo que estaba permitido fumar dentro del hogar y 50% expresó que tanto ella como sus hijos pequeños siempre o frecuentemente quedaban expuestos al humo del cigarrillo dentro de sus casas. Poco más de la mitad (54–55%) de las encuestadas en Argentina, Uruguay y Orissa reportaron que se permitía fumar en sus hogares; y, por lo menos una quinta parte de las mujeres en Argentina (31%), Brasil (30%), Uruguay (27%) y Karnataka (20%), dijeron que siempre o frecuentemente quedaban ex-

puestas al humo dentro de su casa.

Las limitaciones del estudio incluyen el uso de muestras por conveniencia en lugar de muestras representativas a nivel nacional, así como la posibilidad de que algunas de las encuestadas no reconocieran que consumían tabaco. No obstante, los investigadores concluyeron que el hecho de que las mujeres embarazadas fumaran cigarrillos “es un problema actual o emergente en las cinco naciones latinoamericanas encuestadas” y que el uso de productos de tabaco que no producen humo es motivo de preocupación en la India, especialmente en Orissa. En contraste, existen pruebas que sugieren que África permanece “en la etapa incipiente de la epidemia del tabaco”. Los investigadores hacen notar que “el evitar que aumente el hábito de fumar entre las mujeres en los países en desarrollo se reconoce ampliamente como una oportunidad significativa de salud pública”. Debido a que la condición social de las mujeres es inferior en muchos de los países en desarrollo, tal vez no les sea posible prohibir el uso de tabaco en sus hogares. Según los investigadores, la forma más efectiva de reducir el uso del tabaco durante el embarazo no es enfocarse precisamente en las mujeres embarazadas, sino más bien desanimar a las niñas y jóvenes de fumar desde mucho antes de embarzarse.

—P. Doskoch

REFERENCIA

I. Bloch M et al., Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy: an investigative survey of women in 9 developing nations, *American Journal of Public Health*, 2008, 98(10):1833–1840.

Muchos países tal vez no cumplan con las metas de salud materna e infantil

Según un análisis reciente, estando en el punto medio del periodo de 15 años establecido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la mayoría de los países con altos niveles de mortalidad materna y en la niñez no se encuentran en vías de cumplir con las metas para reducir esos resultados para el año 2015.¹ Entre los 68 países que representan la inmensa mayoría de muertes maternas y de niños, solamente 16 están en camino de reducir la mortalidad en niños menores de cinco años a un tercio de su nivel de 1990 (Objetivo 4). El avance hacia la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas

partes (Objetivo 5) también ha sido lento: en el total de 41 países de África Subsahariana incluidos en el análisis, al menos 300 muertes maternas ocurren por cada 100,000 nacidos vivos.

La investigación fue realizada por *Countdown to 2015*, un proyecto de colaboración en el que participan investigadores, personas que formulan políticas y otros grupos de interés, que ha estado monitoreando el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en los 68 países en donde ocurre el 97% de las muertes de mujeres en edad reproductiva y de niños menores de cinco años. Los investigadores se enfocaron en la determinación de tasas de cobertura (la proporción de personas en cada país que necesitan un servicio y que pueden obtenerlo) para intervenciones que se ha comprobado evitan muertes tanto maternas como de recién nacidos y de niños; que pueden implementarse extensivamente en países de escasos recursos; y cuyos niveles pueden estimarse confiablemente en los diferentes países y a través del tiempo. Estas intervenciones incluyen la prestación de servicios de anticoncepción y de ITS, atención especializada durante el parto, así como atención prenatal y postparto. La mayoría de los datos se obtuvo por medio de encuestas de hogares representativas a nivel nacional.

Siempre que les fue posible, los investigadores examinaron las tendencias en la cobertura a partir del año 2000. Debido a que la información sobre mortalidad materna con frecuencia resultaba demasiado imprecisa como para permitir su monitoreo, los investigadores simplemente clasificaron las razones de 2005 en cada país como muy altas (≥ 550 muertes por 100,000 nacidos vivos), altas (300–549 por 100,000), moderadas (100–299 por 100,000) o bajas (< 100 por 100,000). En ningún país se contó con datos disponibles para cada medida y tipo de intervención.

Los análisis revelaron que la mayoría de los 68 países del estudio *Countdown*, no había logrado el avance adecuado en cuanto a la reducción de la mortalidad materna y en la niñez. Solamente 16 de los países habían reducido suficientemente la tasa de muertes en niños menores de cinco años, como para que se les considerara en vías de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4. Tres de estos países, incluida China, han alcanzado la tasa de reducción necesaria en el periodo posterior al último informe del *Countdown* en 2005. Los países de África Subsahariana presentaron más de la mitad de muertes de

niños menores de cinco años en todo el mundo y, con excepción de Eritrea, no están en vías de alcanzar el Objetivo 4.

Las estadísticas de mortalidad materna en África Subsahariana fueron igualmente desalentadoras: las razones fueron altas o muy altas en cada uno de los 41 países y la región representó el 50% de las muertes maternas en todo el mundo (la mayoría de las muertes restantes ocurrieron en el Sur de Asia). De los 10 países con las razones de mortalidad materna más altas, nueve estaban en África Subsahariana, incluyendo Sierra Leona, que—con una razón de 2,100 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos—ocupó la última categoría entre los 68 países.

El avance hacia una cobertura más amplia de las intervenciones y los enfoques de salud tanto para las madres como para los recién nacidos y niños fue desigual a través y dentro de los países incluidos en el proyecto *Countdown*. En países donde la cobertura de la intervención había sido evaluada por lo menos dos veces entre los años 2000 y 2006, la proporción de mujeres de 15–49 años de edad que había recibido servicios anticonceptivos o atención especializada en el parto aumentó un promedio de dos puntos porcentuales por cada tres años; la proporción de mujeres embarazadas que habían hecho al menos una visita de control prenatal con un especialista aumentó en cuatro puntos porcentuales por cada tres años. La cobertura resultó mayor para las intervenciones que podían programarse con anticipación, tales como los servicios de atención prenatal (los cuales, en promedio, eran accesibles para más del 80% de la población en los 68 países), que para servicios que requerían acceso permanente a personal entrenado, tales como la atención para la madre y el niño inmediatamente después del parto y el manejo de enfermedades infantiles. Los niveles promedio de cobertura para estos últimos servicios fueron de menos del 60%; el nivel para la promoción del amamantamiento exclusivo y para la prevalencia del uso anticonceptivo fue de alrededor del 30%. Además, servicios que idealmente se habrían integrado—por ejemplo, la atención prenatal de rutina, la prevención de la transmisión de VIH de madre a hijo y el tratamiento de malaria durante el embarazo—no se combinaron; algunas de estas intervenciones tenían una cobertura muy limitada o no se ofrecían en absoluto.

Aunque estas carencias en la cobertura constituyen un reto importante para los 68

países objeto del estudio *Countdown* y para las organizaciones donantes, los investigadores reconocen que su análisis presenta únicamente un panorama parcial del avance (o la falta del mismo) hacia los Objetivos 4 y 5. Muchos datos no estuvieron accesibles, no estaban actualizados o derivaban de medidas que no permitían comparaciones. Además, con frecuencia, los mortinatos no eran tomados en cuenta como casos de mortalidad infantil. Los investigadores ponen énfasis en que es necesario contar con mejores sistemas de recolección de datos, que son indispensables para apoyar las decisiones adecuadas a nivel nacional y local.

A pesar de los bajos niveles de cobertura para las intervenciones de salud materna e infantil en la mayoría de los países estudiados, los investigadores consideran que “existen muchos de los ingredientes necesarios para

acelerar el avance hacia los [Objetivos de Desarrollo del Milenio] relacionados con la salud”. Estos incluyen el consenso acerca de cuáles intervenciones deben tener prioridad, así como la presencia de los programas para llevarlas a cabo. El mejoramiento de los índices de supervivencia para mujeres, recién nacidos y niños dependerá en gran parte del fortalecimiento de esos programas, aumentando el acceso las 24 horas del día a los servicios y estableciendo “un proceso continuo de atención funcional que abarque a las mujeres antes del embarazo, así como durante el embarazo, parto, período postnatal y los primeros 24 meses de la vida de un niño o niña.”—*H. Ball*

REFERENCIA

1. Countdown Coverage Writing Group, *Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions*, *Lancet*, 2008, 371(9620):1247–1258.

Los efectos en la salud de las mujeres ocasionados por la violencia de pareja íntima pueden ser duraderos

Según un estudio multinacional llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud, la violencia física y sexual de pareja íntima puede tener efectos duraderos en el estado de salud de una mujer.¹ Comparadas con mujeres que nunca habían sido víctimas de abuso, aquellas que habían sufrido violencia de pareja íntima tuvieron 60% más probabilidades de encontrarse en mal o muy mal estado de salud; y alrededor del doble de probabilidades de haber tenido diversos problemas de salud, tales como pérdida de la memoria y dificultad para caminar durante las cuatro semanas previas al estudio.

A diferencia de investigaciones anteriores sobre los efectos de la violencia de pareja íntima, que se basaron en su mayoría en pequeñas muestras clínicas de mujeres en países desarrollados, este nuevo análisis usó una muestra basada en la población, de 19,568 mujeres que alguna vez habían tenido pareja y cuyas edades fluctuaban entre los 15 y 49 años, en 15 sitios en 10 países. En la mayoría de los países, el estudio fue llevado a cabo en una provincia rural (Etiopía), una ciudad grande (Japón, Namibia, y Serbia y Montenegro) o ambas (Bangladesh, Brasil, Perú, Tailandia y Tanzania); en Samoa, se muestreó el país entero. Entre 2000 y 2003, los investigadores entrevistaron a las mujeres sobre su salud y sus experiencias con la violencia física

ca y sexual de pareja íntima. Se les pidió que calificaran su estado de salud como excelente, bueno, regular, malo o muy malo, y que indicaran si durante el mes anterior habían sufrido síntomas físicos diversos, tales como pérdida de memoria o dificultad para realizar sus actividades diarias, así como síntomas de angustia emocional, tales como llanto e incapacidad para disfrutar de la vida. Además, se les preguntó si en algún momento habían intentado suicidarse o si habían albergado pensamientos suicidas. Los investigadores evaluaron las experiencias de las mujeres de la violencia física y sexual en los 12 meses anteriores y durante toda su vida; usaron una variable compuesta que abarcaba tanto el abuso físico como el sexual, porque un análisis previo había mostrado que del 20–50% de las mujeres había sufrido las dos clases de abuso, lo cual dificultó que los investigadores determinaran los efectos de cada uno de los dos tipos de violencia por separado. Los investigadores condujeron análisis de regresión para examinar la relación entre el abuso y los resultados para la salud, realizando ajustes según la ubicación del estudio y la edad, estado civil y nivel educativo de las mujeres.

A través de los diferentes sitios del estudio, 15–71% de las mujeres reportaron que una pareja actual o anterior había abusado de ellas físicamente, sexualmente o de ambas formas

a lo largo de sus vidas. En todos los países, con excepción de Samoa, las mujeres que habían sido víctimas de abuso tuvieron más probabilidades de reportar un estado de salud malo o muy malo (razón de momios, 1.6) que las que no lo habían sido. Además, las probabilidades de haber sufrido dolor (razón de momios, 1.6), dificultad para caminar (1.6), pérdida de memoria (1.8), mareo (1.7), flujo vaginal (1.8) o dificultad para desempeñar sus actividades cotidianas (1.6) durante el mes anterior, fueron elevadas en las mujeres que habían sufrido abuso.

Además de sufrir problemas físicos recientes, una proporción significativa de mujeres víctimas de abuso (fluctuando del 19% en Etiopía al 55% en la provincia de Perú) afirmó que había sido lesionada en algún momento de su vida durante la agresión de una pareja. La mayoría de estas mujeres reportó haber sido lesionada una o dos veces, pero en siete sitios del estudio, por lo menos 20% había sido lesionada seis veces o más. Aunque la mayoría de las heridas había sido leve, tales como moretones o mordidas, algunas mujeres reportaron consecuencias más serias; por ejemplo, la mitad de las mujeres lastimadas en Bangladesh y la provincia Peruana, así como 8–34% en otros lugares, había quedado inconsciente. Entre 23% y 80% de las mujeres lesionadas indicaron que habían necesitado tratamiento médico debido a la agresión de una pareja.

Los síntomas de mala salud emocional se asociaron también con la violencia de pareja íntima: las mujeres víctimas de abuso tuvieron más probabilidades de tener pensamientos suicidas (razón de momios, 2.9) o de haber intentado suicidarse (3.8) que otras mujeres. Los pensamientos suicidas se asociaron con la violencia de pareja íntima en todos los países menos en Etiopía. En términos más generales, en todos los sitios del estudio, las mujeres que habían sido víctimas de abuso presentaron niveles más altos de angustia emocional que las mujeres que no lo habían sido.

Los investigadores hicieron notar que, debido a que el estudio fue transversal, no pudieron determinar si el abuso había causado los problemas de salud física y mental que reportaban las mujeres; reconocen la posibilidad de que las mujeres con mala salud pudieran haber corrido un riesgo elevado de la violencia de pareja íntima. Sin embargo, hicieron notar que un informe previo acerca de esta muestra indicó que en todos los países estu-

diados exceptuando Etiopía, una tercera parte de las mujeres víctimas de abuso no había sido agredida durante el año anterior, lo cual sugiere que, frecuentemente, el abuso precedió y pudo haber causado los problemas de salud. Además, según los investigadores, la coherencia en la asociación entre la mala salud y la experiencia de abuso a lo largo de la vida en mujeres con antecedentes y circunstancias tan variadas, es “sorprendente”. Dado que la violencia de pareja íntima no solamente viola los derechos de la pareja víctima del abuso sino que da lugar a un mayor “gasto en salud y sufrimiento humano”, recomiendan una mayor atención política y programática a la violencia de pareja.—S. Ramashwar

REFERENCIA

1. Ellsberg M et al., Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study, *Lancet*, 2008, 371(9619):1165-1172.

Uso de la píldora se asocia con reducciones en el riesgo general de contraer cáncer

El hecho de haber usado la píldora no produjo efectos adversos con respecto al riesgo general de cáncer en la importante cohorte de mujeres británicas que participaron en el estudio de anticoncepción oral realizado por el Royal College of General Practitioners. Más bien, el análisis de los datos, que representan hasta 36 años de observaciones, indicó que las mujeres que habían usado alguna vez anticonceptivos orales tuvieron reducciones del 12% en el riesgo de desarrollar algún tipo de cáncer y del 29% en el riesgo de desarrollar cáncer cervical, uterino o de ovario. (Sin embargo, el análisis de datos de un subgrupo de la cohorte no reveló asociación alguna entre el haber usado la píldora y el riesgo de cualquier tipo de cáncer). El uso de la píldora a largo plazo se asoció con un riesgo elevado de desarrollar algunos tipos de cáncer y con un riesgo reducido de desarrollar otros.¹ Los análisis de datos del U.S. Nurses' Health Study, otro estudio a largo plazo de cohorte, confirman la asociación inversa entre el uso de la píldora y el riesgo de cáncer de ovario; también muestran que el riesgo de esta enfermedad se reduce en mujeres esterilizadas y se eleva en las que han usado el DIU o que son infecundas.²

El estudio británico

La cohorte británica original incluyó a alrededor de 23,000 usuarias actuales de la píldora y un número similar de mujeres que nunca la habían usado, mismas que fueron reclutadas por médicos generales en todo el Reino Unido en 1968-1969. Las participantes tenían una edad promedio de 29 años, y estaban casadas o cohabitaban en ese momento; la mayoría era de raza blanca. Sus médicos les dieron seguimiento, reuniendo información semestral sobre sus embarazos, enfermedades, cirugías y el uso de anticonceptivos hormonales o terapia hormonal de reemplazo. Una cuarta parte de las mujeres permaneció en el estudio hasta 1996. Además, para las tres cuartas partes de la cohorte original, se dispuso de datos del registro central de cáncer y mortalidad posteriores a mediados de los años setenta, independientemente de que sus médicos les estuvieran dando seguimiento o no; estas fuentes cubrieron el período hasta el primer diagnóstico de cáncer o hasta 2004, lo que ocurriera primero.

Dos conjuntos de datos fueron utilizados para el análisis del riesgo de cáncer. El conjunto principal se basaba en todas las mujeres para quienes se disponía de datos del registro central, e incluyó cerca de 744,000 años-mujer de observación para quienes habían usado anticonceptivos orales, y de 339,000 años-mujer de observación para las que nunca los habían usado. El segundo conjunto tenía exclusivamente información recolectada por médicos generales hasta 1996 y abarcaba alrededor de 224,000 y 331,000 años-mujer de observación para las mujeres que habían usado anticonceptivos orales y para las que nunca los habían usado, respectivamente. Los investigadores calcularon las tasas de primer diagnóstico de una variedad de tipos de cánceres en quienes habían usado y quienes nunca habían usado anticonceptivos orales; las tasas se estandarizaron por edad y paridad de las mujeres en el momento del diagnóstico, así como por consumo de tabaco y por su clase social (definida en función del trabajo del esposo) en el momento del reclutamiento. Los riesgos relativos se calcularon para comparar las tasas según el uso de la píldora y por características seleccionadas de las mujeres.

Las participantes incluidas dentro del conjunto principal de datos (del registro central) eran en su mayoría menores de 40 años cuando ingresaron al estudio (94% de las que ha-

bían usado la píldora y 90% de las que no); la mayoría había tenido por lo menos un parto (83% y 80% respectivamente) y sus esposos estaban empleados en trabajos manuales (64% y 61%). En este conjunto de datos, fumaba cerca de la mitad de las usuarias de la píldora, y cuatro de cada 10 de quienes no la habían usado. En el conjunto de datos de los médicos generales, 13% de las usuarias y 10% de las no usuarias habían usado la terapia hormonal de reemplazo.

En el conjunto principal de datos, las mujeres que habían usado anticonceptivos orales, comparadas con las que no lo habían hecho, tuvieron un riesgo 12% menor de desarrollar cualquier tipo de cáncer durante el seguimiento, y un 29% menor de desarrollar alguno de los principales tipos de cáncer ginecológico (cervical, uterino o de ovario). También, tuvieron riesgos considerablemente reducidos de cáncer del intestino grueso o del recto (riesgo relativo, 0.7), de útero (0.6) y de ovario (0.5); era reducido igualmente el riesgo de padecer de cánceres de sitios desconocidos (0.6) o de los clasificados como “otros” (0.9). La reducción del riesgo general se traduce en una estimación de 45 cánceres evitados por 100,000 años-mujer. Los riesgos relativos calculados con base en el conjunto de datos proporcionado por los médicos generales fueron significativos solamente en el caso de cáncer uterino y de ovario (0.5 para cada uno). El riesgo general de cáncer se redujo considerablemente entre las mujeres usuarias alguna vez de la píldora que tenían 30-39 años y 50-59 años de edad, entre tanto las fumadoras como no fumadoras, sin importar el número de hijos tenidos (en la mayoría de los casos) y sin importar su clase social.

La información derivada de las observaciones de los médicos generales se usó para explorar la relación entre el riesgo de cáncer y las características del uso de los anticonceptivos orales por las mujeres. Estos análisis mostraron que no existe relación entre el uso de la píldora por menos de cuatro años y el riesgo de cáncer (la duración mediana de uso fue de 44 meses); se notó una ligera disminución en el riesgo general asociado con el uso por 4-8 años (riesgo relativo, 0.9). Sin embargo, el uso por más de ocho años, a lo cual correspondió menos de una cuarta parte del uso de la píldora en la cohorte, estuvo asociado con un riesgo elevado de desarrollar cualquier tipo de cáncer (1.2), de cánceres del cuello del útero (2.7) y del sistema nervioso

central o pituitario (5.5). Además, la tendencia hacia el aumento de riesgo de estos cánceres específicos con una mayor duración del uso fue estadísticamente significativa, como también lo fue la tendencia hacia la baja de riesgo de cáncer uterino y de ovario.

El riesgo de desarrollar cáncer de ovario se redujo durante un período de hasta 15 años posteriores a la última vez de haber usado la píldora; y el riesgo de desarrollar cáncer uterino se redujo hasta cinco años después de la última vez de tomarla. Para ambos tipos de cáncer, los datos sugieren una continua reducción del riesgo mientras mayor es el tiempo transcurrido desde que se usó la píldora por última vez. Aunque la tendencia de los cánceres individuales no resultó estadísticamente significativa, el riesgo de que las usuarias desarrollaran algún cáncer ginecológico disminuyó a medida que aumentaba el tiempo transcurrido a partir de la última vez que se usó la píldora.

Los investigadores comentan que “muchas mujeres, especialmente aquellas que usaron la primera generación de anticonceptivos orales hace muchos años, probablemente se sentirán tranquilas debido a [estos] resultados”. No obstante, los autores reconocen que sus hallazgos tal vez no reflejan las experiencias de las actuales usuarias de la píldora, dados los cambios en cuanto a los preparados farmacológicos y los protocolos de uso. Además, ponen énfasis en que “el probable equilibrio entre los riesgos de cáncer y los beneficios” puede variar en diferentes partes del mundo; y que esto constituye un área importante que debe estudiarse más a fondo.

El estudio estadounidense

La cohorte inicial del Nurses' Health Study constó de casi 122,000 enfermeras registradas, casadas y que tenían entre los 30 y 55 años de edad en el momento de ser reclutadas en 1976. Los datos de línea de base, incluida la información sobre el uso de anticonceptivos orales y los factores de riesgo para el cáncer, se recolectaron mediante un cuestionario enviado por correo. En los cuestionarios de seguimiento enviados a las participantes dos veces por año, se les preguntó acerca de sus factores de riesgo para el cáncer y sobre las enfermedades diagnosticadas recientemente; el seguimiento continuó hasta mayo del 2004 inclusive. Los cuestionarios de seguimiento evaluaron el uso de todo tipo de anticonceptivos entre las mujeres pre-menopáusicas hasta mediados de los años ochenta,

fecha para cuando fueran pocas las que todavía no habrían pasado por la menopausia; los cuestionarios en 1994 preguntaban de nuevo acerca de la experiencia de la ligadura de trompas. En 1980 y 1992, se preguntó a las mujeres acerca de la infertilidad.

Los 28 años de seguimiento produjeron información sobre 2.5 millones de años-mujer de experiencia, lo que incluye datos sobre 612 mujeres que desarrollaron cáncer de ovario para las que se conocía la duración del uso de la píldora. Los investigadores examinaron el riesgo de cáncer de ovario en relación con el tiempo del uso de la píldora y el tiempo transcurrido desde la última vez que la usaron, controlando la edad, el índice de la masa corporal, la paridad, la edad en el momento de la menopausia, la duración del uso de hormonas en la post-menopausia, y el historial en cuanto a ligadura de trompas y tabaquismo. Encontraron que el riesgo de cáncer de ovario disminuía considerablemente con el aumento en la duración del uso de la píldora; las mujeres que habían tomado anticonceptivos orales por más de 10 años tenían menos probabilidad de desarrollar la enfermedad (un riesgo relativo de 0.6) que aquellas que nunca los habían tomado. La relación entre el riesgo y el tiempo transcurrido desde el último consumo no demostró una tendencia significativa, pero las mujeres que habían tomado la píldora hace 5–10 años, presentaron un riesgo reducido de cáncer de ovario (0.5). El riesgo también se redujo para aquellas que habían usado anticonceptivos orales por más de cinco años y que la habían usado por última vez dentro de los últimos 20 años (0.6); no se notó un efecto protector para las mujeres que habían dejado de tomar la píldora desde antes. Los investigadores teorizan que la “pérdida de fuerza” del efecto protector de tomar la píldora podría resultar problemático, en vista de que la incidencia del cáncer de ovario llega a su máximo nivel después de la menopausia.

El uso de otros dos métodos anticonceptivos se asoció también con el riesgo de cáncer de ovario. Las mujeres que se habían sometido a ligadura de trompas presentaron un menor riesgo de desarrollar esta enfermedad (riesgo relativo, 0.7) mientras que las que habían usado el DIU alguna vez tuvieron un riesgo elevado (1.8). Las mujeres con un historial de infertilidad también presentaron un riesgo un tanto elevado (1.4). Los mecanismos subyacentes a estas asociaciones no se comprenden bien; y, según los investiga-

dores, requieren de estudios más profundos. —D. Hollander

REFERENCIAS

1. Hannaford PC et al., Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study, *BMJ*, 335(7621):651–658.
2. Tworoger SS et al., Association of oral contraceptive use, other contraceptive methods, and infertility with ovarian cancer risk, *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166(8):894–901.

Los transportistas con mayor libertad personal tienden a tener más parejas

Según un estudio realizado en Brasil,¹ los transportistas que perciben niveles moderados o elevados de libertad personal mientras están en carretera, tienen más probabilidades de haber tenido una pareja sexual comercial en los últimos seis meses, que aquellos que perciben que no cuentan con más libertad personal de la que gozan en casa. Además, los conductores cuyos viajes duran en promedio una semana o más, tienen mayores probabilidades de tener parejas sexuales que aquellos cuyos viajes son más cortos. Por cada semana adicional que pasa en casa cada mes, las probabilidades que tiene un chofer de haber tenido una pareja sexual comercial durante los seis meses anteriores se reducen en un 23%.

En general, las personas itinerantes tienen tasas más altas de ITS, incluyendo VIH, que las que tienen menos movilidad, en parte porque el estar lejos de sus hogares les proporciona más oportunidades de entablar relaciones sexuales casuales. Además, sin familia ni contactos sociales que refuercen las normas de comportamiento, los trabajadores del transporte pueden sentir una mayor sensación de libertad personal al estar en carretera. Sin embargo, pocos estudios han intentado medir la experiencia social de la movilidad o de evaluar la relación que existe entre ésta y la toma de riesgos sexuales.

En 2003, un grupo de investigadores entrevistó a 1,775 transportistas de sexo masculino, quienes habían sido reclutados sistemáticamente por dos oficinas de aduana brasileñas: una en la frontera con Argentina; y la otra en la frontera con Argentina y Paraguay. Los participantes fueron encuestados acerca de sus características demográficas, de salud y conducta sexual, así como sobre el acceso a la educación en salud sexual. Además, los par-

ticipantes en el estudio aportaron datos sobre los tipos de pareja sexual (principal, comercial y ocasional) que habían tenido durante los últimos seis meses, así como el número total de parejas durante el mes anterior. La movilidad se midió de dos maneras: por el número de noches pasadas en casa durante el mes anterior y el número de meses pasados en casa durante el año anterior, así como por la duración típica de los viajes de los participantes (menos de una semana, 1-2 semanas, 2-4 semanas, más de cuatro semanas o duración variable). Para medir la sensación de libertad personal del transportista, así como la de encontrarse apartado de las normas y obligaciones de las redes sociales convencionales, los investigadores desarrollaron una escala de 10 puntos. Se pidió a los participantes que dijeran si estaban de acuerdo, parcialmente de acuerdo o en desacuerdo con enunciados como “ser transportista significa que dispongo de más libertad personal para hacer lo que me gusta” y “cuando estoy viajando puedo hacer cosas que no hago en casa”; las respuestas se usaron para agrupar a los transportistas en conglomerados. Los investigadores realizaron análisis de regresión logística y binomial negativa para evaluar si la movilidad y el sentido de libertad personal estaban asociados con el hecho de tener parejas comerciales o concurrentes y con el número de estas parejas.

La mayoría de los transportistas eran brasileños (73%) y estaban casados o viviendo en unión consensual (87%). La mediana de la edad era de 40 años; los participantes tenían una mediana de ocho años de escolaridad y 15 años de experiencia como transportistas. En general, los conductores estaban de viaje más tiempo del que pasaban en casa: habían estado una mediana de dos meses en casa durante el año anterior y cinco noches en casa durante el mes anterior. Casi la mitad de sus viajes tenía una duración de 1-2 semanas. Alrededor de una tercera parte de los transportistas había tenido por lo menos una pareja comercial en los últimos seis meses; y una cuarta parte había tenido una pareja ocasional. El 93% de los transportistas que había tenido alguna pareja comercial informó sobre el uso regular de condones con aquellas parejas; las tasas de uso regular fueron más bajas con las parejas ocasionales (68%) y con las parejas principales (9%).

El análisis por conglomerados dio por resultado tres grupos con actitudes que difieren en su conducta mientras estaban de viaje. Según estas clasificaciones, 31% de los trans-

portistas puede comportarse de manera diferente cuando está de viaje y lo hace; 42% podría, pero no se comporta de manera diferente; y 27% ni puede ni se comporta de manera diferente. Los transportistas del conglomerado “puedo y lo hago” informaron que percibían una mayor libertad personal, en tanto que los del “no puedo ni lo hago” sentían que el estar de viaje era lo mismo que estar en casa. Los del conglomerado “podría, pero no lo hago” informaron que sentían menos supervisión estando de viaje, pero los niveles de libertad personal que sentían durante los viajes caían entre los niveles de los otros dos grupos.

Estas diferencias en la libertad personal percibida estaban incorporadas en la conducta sexual de los participantes. Comparados con los transportistas del grupo “no puedo ni lo hago”, aquellos en el de “puedo y lo hago” y los del “podría, pero no lo hago” tuvieron más probabilidades de informar haber tenido una pareja comercial en los últimos seis meses (razones de momios, 3.9 y 1.4, respectivamente) o una pareja ocasional (2.1 y 1.5, respectivamente). De manera similar, los transportistas de los conglomerados “puedo y lo hago” y “podría, pero no lo hago” tuvieron más probabilidades de haber tenido parejas concurrentes durante los últimos seis meses que aquellos del conglomerado “no puedo ni lo hago” (3.5 y 2.2, respectivamente).

Las probabilidades de haber tenido una pareja comercial o concurrente durante los últimos seis meses se redujeron en 23% y 29%, respectivamente, por cada semana adicional que los transportistas pasaban en sus casas por mes. Aquellos cuyos viajes duraban un promedio de 1-2 semanas, 2-4 semanas o más de cuatro semanas, tenían más probabilidades de informar haber tenido una pareja sexual comercial que los hombres cuyos viajes duraban menos de una semana (razones de momios, 1.5, 1.8 y 2.3, respectivamente). Además, los transportistas cuyos viajes duraban 2-4 semanas o más de cuatro semanas tuvieron más probabilidades de haber tenido parejas concurrentes que aquellos cuyos viajes promediaban menos de una semana (1.6 y 1.8, respectivamente).

Surgieron patrones similares para el número de parejas de los conductores. Entre los hombres que habían tenido por lo menos una pareja comercial, el número promedio de esas parejas disminuyó en un 24% por cada semana adicional que el hombre dormía en casa por mes. Dicho de otra forma, dado que los

participantes reportaron un promedio de ocho parejas comerciales por año, un transportista que pasaba una semana adicional en casa por mes, tendría dos parejas comerciales menos por año. Los solteros mostraron una tendencia a tener un mayor número de parejas comerciales si sus viajes promedio duraban más de una semana; entre los casados, solamente los viajes de más de cuatro semanas se asociaron con un mayor número de parejas comerciales.

En general, los hallazgos indican que tanto el viaje físico como los aspectos psicosociales de ser conductores itinerantes, se asocian con un mayor número de parejas sexuales comerciales y ocasionales. Por lo tanto, los investigadores señalan que para que los programas preventivos resulten efectivos, deben “integrar los aspectos en torno a la movilidad y las condiciones de viaje”. Ellos sugieren que las intervenciones “que alientan viajes familiares y contextos familiares” podrían “proporcionar un entorno más estable para los transportistas en sus viajes; y, por lo mismo, reforzar las normas sociales basadas en el hogar y reducir el efecto liminar del viaje”.—*L. Melhado*

REFERENCIA

1. Lippman SA et al., Mobility and its liminal context: exploring sexual partnering among truck drivers crossing the Southern Brazilian border, *Social Science & Medicine*, 2007, 65(12):2464-2473.

La cesárea es más segura que el parto vaginal cuando hay presentación podálica

Según un estudio prospectivo realizado en América Latina,¹ los partos por cesárea que no son de emergencia comparados con los partos vaginales, se asocian con un riesgo menor de complicaciones neonatales en casos de presentación podálica (las nalgas primero). Las probabilidades de muerte del feto en casos de presentación podálica se reducen en un 70-80% con una cesárea electiva o decidida durante el parto (intraparto) en comparación con un parto vaginal. No obstante, tratándose de una presentación cefálica (la cabeza primero), si el parto fue por cesárea y no vaginal, los recién nacidos tienen más probabilidades de permanecer por más tiempo en la unidad de cuidado intensivo o de morir antes de ser dados de alta; y las mujeres cuyos partos son por cesárea tienen el doble de probabilidades de sufrir complicaciones

severas (incluyendo la muerte) que las mujeres con partos vaginales.

Los investigadores analizaron información de la encuesta global sobre salud materna y perinatal realizada en 2005 por la Organización Mundial de la Salud en instituciones de salud de Argentina, Brasil, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay y Perú. La información demográfica, obstétrica y de salud en general se obtuvo de los registros médicos de todas las mujeres admitidas para partos únicos en 123 instituciones de salud durante un período de 2–3 meses en 2004–2005. Los partos por cesárea se clasificaron como electivos si la decisión de efectuar la cirugía se había tomado antes de que empezara el trabajo de parto, y como intraparto si la decisión se había tomado durante el trabajo de parto; se excluyeron las cesáreas de emergencia efectuadas antes del comienzo del trabajo de parto. Se incluyó un total de 94,307 partos en el análisis: 66% eran vaginales, 14% cesáreas electivas y 20% cesáreas intraparto. Se utilizó análisis multivariado para determinar las probabilidades de los diferentes resultados maternos y neonatales (e.g., muerte materna, muerte fetal o mortalidad neonatal) según los tipos de parto; estos análisis se ajustaron por factores institucionales, características maternas y (para los resultados neonatales) edad gestacional. Debido a que los partos podálicos presentan mayores riesgos que los cefálicos, los dos tipos de parto se analizaron por separado.

Únicamente 2% de las mujeres con partos vaginales sufrieron complicaciones maternas severas (admisión a la unidad de cuidado intensivo, transfusión de sangre, histerectomía, permanencia en el hospital por más de siete días o muerte), comparado con 6% de las mujeres con partos por cesárea electiva y 4% de aquellas con cesárea intraparto. En los análisis ajustados, las probabilidades de que las mujeres con cesárea electiva o intraparto presentaran tales complicaciones fue del doble de las de las mujeres con un parto vaginal (razones de momios de 2.3 y 2.0, respectivamente). Además, las mujeres que tuvieron un parto por cesárea electiva o intraparto tuvieron probabilidades considerablemente mayores de recibir antibióticos después del parto, un indicador de infección (4.2 y 5.5). No obstante, las mujeres con partos por cesárea electiva o intraparto tuvieron mucha menor probabilidad de desarrollar severas laceraciones perineales, fístulas postparto o ambas, que las mujeres con partos vaginales (0.1 y 0.1).

La muerte fetal ocurrió en 0.5% de los embarazos; además, cerca del 1% de los recién nacidos murió antes de que el hospital los diera de alta, y 3% tuvo que permanecer en la unidad de cuidado intensivo por lo menos siete días. En casos de presentación cefálica, los recién nacidos por cesárea electiva o por cesárea intraparto tuvieron más probabilidades de necesitar una estancia prolongada en la unidad de cuidado intensivo, que los recién nacidos por parto vaginal (razones de momios de 2.1 y 1.9, respectivamente) y de morir antes de ser dados de alta por el hospital (1.7 y 2.0). Las probabilidades de muerte fetal no difirieron por el tipo de parto.

En contraste, en los casos de presentación podálica o de otras presentaciones no cefálicas, los partos por cesárea electiva e intraparto se asociaron con una reducción del 70–80% en las probabilidades de muertes fatales comparadas con partos vaginales (razones de momios de 0.3 y 0.2, respectivamente). No obstante, las probabilidades de una permanencia prolongada en la unidad de cuidado intensivo o de morir antes de ser dados de alta, no difirieron entre los recién nacidos por cesárea electiva o intraparto y los recién nacidos por parto vaginal.

Debido a que los resultados menos afortunados observados con los partos por cesárea (en particular con los intraparto) pudieron deberse en parte a problemas médicos que influyeron en la decisión de no tener un parto vaginal, los investigadores repitieron los análisis para las presentaciones cefálicas excluyendo, esta vez, los partos por cesárea que fueron llevados a cabo a causa de sufrimiento fetal u otras condiciones relevantes. En estos análisis, los recién nacidos por cesárea electiva o intraparto siguieron teniendo mayores probabilidades de necesitar una permanencia prolongada en la unidad de cuidado intensivo que los recién nacidos por parto vaginal (razones de momios de 2.1 y 1.8, respectivamente). La asociación entre el parto por cesárea y la muerte antes de ser dado de alta por el hospital continuó siendo significativa para los procedimientos electivos (1.8), pero no así para los intraparto.

Finalmente, para evaluar si la falta de trabajo de parto estaba contribuyendo a los resultados negativos observados a partir de partos por cesárea electiva, los investigadores estratificaron los nacimientos con base en el hecho de si el trabajo de parto ocurrió espontáneamente o no. Para las presentaciones cefálicas, las probabilidades de una permanen-

cia prolongada en la unidad de cuidado intensivo fueron más altas en los recién nacidos por medio de una cesárea electiva después de un trabajo de parto espontáneo que en los recién nacidos vaginalmente después de un trabajo de parto espontáneo (razón de momios, 1.4)—y fueron aun más altos en los recién nacidos por cesárea electiva sin trabajo de parto espontáneo (2.2). Las probabilidades de que un recién nacido muriera antes de ser dado de alta fueron elevadas también para los partos por cesárea electiva sin trabajo de parto espontáneo (1.8); pero entre las mujeres que sí tuvieron trabajo de parto espontáneo, las probabilidades de muerte neonatal no difirieron entre los partos por cesárea electiva y los partos vaginales.

Al reconocer que los hallazgos del estudio pudieran no ser aplicables en los entornos con tasas más altas de muerte perinatal o más bajas de parto por cesárea, los investigadores concluyen que “a nivel institucional o individual, cualquier beneficio neto por el uso liberal del parto por cesárea sobre los resultados maternos y neonatales está aún por demostrarse, con excepción de que hay menos complicaciones vaginales severas y mejores resultados fetales en las presentaciones podálicas”. Ellos recomiendan el parto por cesárea para todos los casos de presentación podálica, así como tomar en cuenta estrategias que puedan convertir las presentaciones podálicas en cefálicas. Además, los investigadores indican la necesidad de mejores tecnologías para el monitoreo fetal durante el trabajo de parto, lo cual puede ayudar a reducir el uso de los partos por cesárea en casos de presentación cefálica.—S. London

REFERENCIA

1. Villar J et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with cesarean delivery: multicentre prospective study, *BMJ*, 2007, 335(7628):1025.