

Las diferencias socioeconómicas y las tasas de cesáreas en los países en desarrollo

La relación entre las inequidades socioeconómicas y el uso de los servicios de salud materno-infantil ha atraído la atención de los profesionales de la salud pública y las autoridades nacionales de salud en los últimos años. Con frecuencia, las diferencias en el acceso a la salud materna son más pronunciadas entre los distintos grupos socioeconómicos de un país que entre países con diferentes niveles de desarrollo, y mayores que las diferencias observadas en el acceso a la atención de salud infantil.

Sin embargo, a pesar de que el acceso de las mujeres a una atención hospitalaria competente resulta esencial para reducir los niveles de mortalidad infantil, poco se conoce acerca de los factores socioeconómicos que influyen en su acceso a la atención obstétrica especializada basada en hospitales.

En este trabajo se analizan las diferencias en las tasas de cesáreas según los grupos socioeconómicos de diversos países en desarrollo. Para ello se utilizaron los datos de 199 916 partos exitosos de 42 países, de ellos 26 de África subsahariana, 7 del sur y sudeste de Asia y 9 de América Latina y el Caribe (Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, Haití, Paraguay, Perú, Nicaragua y República Dominicana). En todos los casos se contó con la información de las cesáreas practicadas y del nivel socioeconómico de la familia a partir de las encuestas nacionales de demografía y salud más recientes. Los países seleccionados constituían aproximadamente 59% de todos los nacimientos vivos de los países en desarrollo en el año 2000.

Los resultados demostraron que el grado de acceso a las cesáreas varió considerablemente tanto dentro de los países como entre ellos. En un extremo se situaron los países más pobres, la mayoría de África subsahariana, donde una gran parte de la población tiene poco acceso a los servicios especializados, independientemente de su nivel socioeconómico. En el otro extremo se encuentran siete países, la mayoría de América Latina, en los que la tasa de cesáreas es excesiva en al menos 40% de la población.

La elevada y creciente tasa de cesáreas en América Latina ha sido bien documentada, incluso en países de ingresos medios como los que formaron parte de esta muestra. A pesar de que los productos internos brutos de Nicaragua y Bolivia son mucho menores (entre la mitad y la cuarta parte) que los de los otros países de este grupo, las tasas de cesáreas en el grupo de mujeres de mayor nivel socioeconómico de esos países fueron de 35% y 44%, respectivamente, en comparación con las tasas respectivas de 3% y 4% observadas en los grupos socioeconómicos más pobres. Otros países con tasas excesivas de cesáreas en

los grupos de mayor nivel socioeconómico fueron Sudáfrica (30%), Vietnam (26%), Filipinas (20%) e India (20%). Las razones de estas elevadas tasas de cesáreas son diversas, entre ellas, las decisiones personales sin justificación médica, ya sea por los incentivos financieros, el temor a las demandas por negligencias, la conveniencia de los médicos o las preferencias de las pacientes embarazadas. La elevada tasa de cesáreas (77%) en el 10% de mujeres de mayor nivel socioeconómico de Brasil confirma que las cesáreas se han convertido en la norma para algunas mujeres. Las intervenciones realizadas para reducir esta tendencia creciente de cesáreas innecesarias no han dado los resultados esperados, por lo que se deben buscar nuevas vías que permitan evitar el abuso de esta práctica potencialmente peligrosa y muy costosa.

Dado el papel que pueden desempeñar las cesáreas en la atención obstétrica de emergencia y las inequidades que resultan enmascaradas por las tasas nacionales de cesáreas, se recomienda utilizar esta tasa como un indicador complementario de las tasas de atención médica especializada. Las inequidades presentadas en este trabajo reflejan la desigualdad en el acceso a la atención médica especializada y merecen la atención inmediata de las autoridades sanitarias nacionales e internacionales. (Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis. *Lancet*. 2006;368: 1516–23.)

Influenza aviar: aprendiendo de la experiencia de Vietnam

A pesar de los millones de casos documentados de influenza aviar y de la identificación de más de 200 personas infectadas, aún no se conoce lo suficiente sobre esta infección, especialmente en regiones como las Américas, en las que aún no se ha propagado ampliamente. Por ello es importante conocer mejor la experiencia acumulada en otros países que han enfrentado con relativo éxito esta grave epidemia, como Vietnam.

En este trabajo se analizan documentadamente las fuentes de infección y las posibles vías de transmisión a personas, sobre la base de la experiencia acumulada y los resultados de un estudio de casos y controles de personas infectadas con el virus de la influenza aviar A H5N1 (influenza H5N1) en ese país del sudeste asiático.

Se estudiaron 28 casos confirmados de influenza H5N1 procedentes de 15 provincias de Vietnam; de ellos 21 (75%) fallecieron de esa enfermedad. La confirmación se realizó mediante transcripción inversa y reacción en cadena de la polimerasa. El diagnóstico de influenza H5N1 se confirmó mediante pruebas de laboratorio en 25 casos y en 12 se logró aislar el virus H5N1.

Los resultados respaldan la hipótesis de que el contacto cercano con aves domésticas infectadas constituye la principal fuente de transmisión de la influenza H5N1 a humanos. La falta de asociación estadística entre la infección y el contacto con otros animales —como puercos, gatos y perros— corroboran resultados previos. Aunque se ha informado de la excreción del virus H5N1 por parte de aves acuáticas domésticas asintomáticas y que ello puede ser una forma de transmisión de la infección de aves a humanos, en este trabajo no se observó que el contacto con aves sanas constituya un factor de riesgo. La asociación observada entre la infección con este virus y la ausencia de fuentes de abasto de agua en la vivienda puede indicar el importante papel que desempeña la autoinoculación a través de las mucosas conjuntiva, nasal u oral por las manos o alimentos contaminados. En este estudio se encontró una asociación significativa entre la transmisión de aves a humanos y el contacto directo y la convivencia con aves enfermas.

Entre los posibles mecanismos de transmisión se señalan: a) la inhalación o deposición en la membrana conjuntiva de pequeñas gotas contaminadas, aunque estas pueden diseminarse solamente a muy pequeñas distancias; b) la presencia de aves infectadas en la vivienda y la preparación de aves infectadas para el consumo, que pueden dar como resultado la exposición a mayores concentraciones del virus que otros tipos de exposición; y c) el consumo de aves infectadas puede ser una ruta de transmisión de la infección a humanos, incluso mayor que su preparación culinaria.

Los conglomerados familiares de casos infectados constituyen una característica significativa de la epidemiología de la infección por el virus H5N1 en Vietnam —al igual que en Tailandia, Camboya, Indonesia y Turquía— desde su aparición en el año 2004. A pesar de que la forma de exposición y el comportamiento de la población son similares en todos esos países y esto puede explicar la diseminación de esta infección en conglomerados en todos ellos, se comprobó que esos conglomerados están formados fundamentalmente por parientes de sangre —como hermanos, padres e hijos— y no por parientes sin vínculos sanguíneos, como los cónyuges. Este hallazgo puede indicar que algunos factores biológicos hereditarios, como el fenotipo del receptor del ácido siálico o la respuesta inmunológica, pueden influir en la infección o en el curso de la enfermedad. Si la susceptibilidad intrínseca fuera un factor determinante de riesgo, las asociaciones entre la infección y algunas manifestaciones del comportamiento podrían ser

menos robustas. Se deben diseñar estudios intrafamiliares que combinen la medición de la susceptibilidad biológica con los datos sobre los patrones de conducta, entre ellos los hábitos de alimentación y de higiene. (Dinh PN, Long HT, Tien NTK, Hien NT, Mai LTQ, Phong LH, et al. Risk factors for human infection with avian influenza A H5N1, Vietnam, 2004. *Emerg Infect Dis* [serie en Internet]. 2006;12(12). Hallado en <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol12no12/06-0829.htm>. Acceso el 12 de enero de 2007.)

El tratamiento de reemplazo hormonal podría proteger contra la fibrosis a las mujeres menopáusicas con hepatitis crónica tipo C

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) causa alteraciones hepáticas graves, como fibrosis y cirrosis, y puede llevar a complicaciones mayores, como el carcinoma hepatocelular, y a la muerte del paciente. La gravedad de la fibrosis en la hepatitis crónica tipo C es significativamente mayor en los hombres que en las mujeres, aunque en estas se observa una aceleración abrupta del proceso fibrogénico alrededor de los 60 años de edad. El papel antifibrogénico del estrógeno puede ser la causa de estas diferencias asociadas con el sexo. La influencia de la menopausia y del tratamiento de reemplazo hormonal (TRH) en la evolución de la hepatitis C, particularmente de la fibrogénesis, no está suficientemente estudiada.

En este artículo se analiza la relación entre la gravedad de la hepatitis crónica en mujeres y el grado de esteatosis, la menopausia y el uso de tratamientos de reemplazo hormonal. Para ello se realizó el seguimiento prospectivo de 251 mujeres mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de hepatitis crónica tipo C, atendidas en la Unidad de Hepatología del Hospital Beaujon, en Clichy, Francia, entre noviembre de 2003 y octubre de 2004. Todas las pacientes contaban con diagnóstico anatomopatológico mediante biopsia hepática. Se excluyeron las pacientes con hepatitis B, enfermedades autoinmunes, consumo de alcohol por encima de 80 g/día, con tratamiento antiviral previo o con diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los factores analizados fueron: la edad (mayores o menores de 50 años), la duración de la infección (más o menos de 15 años), consumo de alcohol (más o menos de 40 g/día), índice de masa corporal (IMC, más o menos de 25), esteatosis hepática (sin esteatosis, menos de 10%, de 10 a 30% y más de 30%), genotipo del virus, menopausia (sí o no) y uso de tratamiento de reemplazo hormonal (sí o no). Los factores de predicción de fibrosis hepática