

Cambios de la Densidad Ósea Relacionados con el Uso De Métodos Hormonales Son Pequeños y Temporales

Los métodos anticonceptivos hormonales producen solamente efectos pequeños y reversibles sobre la densidad ósea, según un estudio realizado en varios centros de África, Asia y América Latina.¹ Al compararse con las mujeres que no usan métodos hormonales, las usuarias de anticonceptivos orales combinados experimentan un aumento significativo de la densidad ósea, en tanto que aquellas que usan el inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) o el implante de levonorgestrel experimentan una reducción significativa. Estos cambios desaparecen después de 2-3 años de uso actual y aparentemente son clínicamente insignificantes.

Participaron en este estudio 2.545 mujeres, de 30 a 34 años, que asistían a clínicas de planificación familiar entre 1994 y 1997 en Bangladesh, Brasil, China, Egipto, México, Tailandia y Zimbabue. Durante sus entrevistas, cada mujer suministró información sobre sus características sociales y demográficas, antecedentes de maternidad y de uso de anticonceptivos, su dieta, altura y peso. Se excluyeron del estudio las 71 mujeres que estaban embarazadas o que practicaban la lactancia (o que hubieran estado en esa situación durante los últimos seis meses), que recibiera una histerectomía o a una ooforectomía, o que hubieran indicado que tenían enfermedades o que tomaban alguna droga que pudiera influir con respecto al metabolismo de calcio.

A las 2.474 mujeres restantes se las clasificó como usuarias de anticonceptivos hormonales si hubieran estado usando este método durante por lo menos un período de dos años, o como nunca-usuarias, si durante toda su vida no habían usado dichos anticonceptivos durante un total de más de seis meses. Las participantes en el estudio que hubieran usado más de un anticonceptivo hormonal se las consideró como usuarias del último método utilizado durante un período de por lo menos dos años. En consecuencia, al 33% de las mujeres se las clasificó como usuarias de la píldora, al 14% como usuarias

del AMPD, y al 25% como usuarias del implante, en tanto que se consideró al 28% como nunca-usuarias.

Para determinar la densidad ósea, se les midió el radio a la altura de la muñeca y el cúbito en el centro de la diáfisis. El promedio de la densidad ósea en ambos, radio y cúbito, difería significativamente entre un país y otro: las mujeres de Zimbabue presentaban los más altos valores, tanto en el radio como en el cúbito, y estas medidas presentaban sus valores más bajos en Bangladesh. Como grupo, los centros del Asia (en Bangladesh, China y Tailandia) presentaban los niveles más bajos de densidad ósea que cualquier otra región.

Cuando se ajustaron los datos por cada centro individual, un análisis de covarianza indicó que la densidad ósea, tanto en el radio como en el cúbito, estaba relacionada con el índice de la masa corpórea, la edad, el total de meses de lactancia, el total de meses transcurridos desde la última lactancia y la ocupación de la pareja de la mujer. La paridad y el consumo de café estuvieron relacionados solamente con la densidad ósea en el radio. En ambos, radio y cúbito, la densidad ósea estuvo asociada con el método hormonal utilizado: los valores más elevados se encontraban entre las mujeres que no habían usado anticonceptivos hormonales, seguido de aquellas que usaban la píldora, las usuarias del implante y, finalmente, por las usuarias del inyectable.

La mayoría de estas relaciones persistieron aun después del ajuste de otras variables controladas en el análisis. Los valores correspondientes a la densidad ósea de las mujeres que usaban la píldora (tanto para todas las usuarias de la píldora en algún momento, como para aquellas que usaban la píldora exclusivamente) no fueron significativamente diferentes de los valores de las que nunca habían usado la píldora. Las mujeres que usaban el AMPD presentaban valores más bajos de densidad ósea; entre todas las usuarias del AMPD en algún momento, sólo la diferencia en el radio fue significativa, en tanto

que entre las usuarias exclusivas del AMPD, las diferencias tanto en el radio como en el cúbito fueron significativas. Las mujeres cuyo único método hormonal era el implante de levonorgestrel presentaban valores significativamente más bajos de densidad ósea en el cúbito. La reducción de la densidad ósea de las usuarias del AMPD o de levonorgestrel fue de aproximadamente 0,01 g/cm², una disminución relativamente pequeña, dado que una reducción de una desviación estándar por debajo de las medidas de las nunca-usuarias fue de aproximadamente 0,05 g/cm².

Al realizarse mayores análisis sobre la densidad ósea entre las usuarias exclusivas y las nunca-usuarias, se identificó una tendencia de cambio significativo para cada uno de los tres métodos en cuanto a su uso durante un corto período. Las mujeres que habían estado usando la píldora solamente durante 2-3 años presentaban valores más elevados que las nunca-usuarias en ambos lados del hueso, en tanto que aquellas que usaban el AMPD o el implante de levonorgestrel durante un período similar, presentaban valores significativamente más bajos que las nunca-usuarias en ambos, radio y cúbito. No se encontraron otras diferencias de densidad ósea con respecto a cualquier método utilizado en la actualidad o en el pasado por períodos más prolongados, lo que sugiere que este tipo de cambio es reversible a través del tiempo.

De acuerdo con los investigadores, entre las limitaciones del estudio se incluyen su diseño transversal, la limitada escala de edad de las participantes, y la falta de medidas de la densidad ósea en el cuello femoral y espina dorsal. Los investigadores señalaron que las variaciones sustanciales entre un país y otro permanecen siendo un fenómeno sin explicación, porque no se estudiaron numerosas e importantes variables, tales como el insumo de calcio, la dieta durante la niñez y el ejercicio físico. Las mujeres presentaron una mínima variación con respecto al consumo de tabaco y de alcohol; por lo tanto no se

pudo determinar la influencia de estas variables con respecto a la densidad ósea.

Los investigadores señalan que las reducciones pequeñas de la densidad ósea identificadas en este estudio entre las mujeres que usan el implante y el inyectable no son consideradas anómalas y no caen dentro de la definición de baja masa ósea, y mucho menos pueden ser definidas como casos de osteoporosis. Concluyen indicando que los cambios de la densidad ósea observados inmediatamente después de comenzar el uso de anticonceptivos hormonales parecen ser temporales y clínicamente insignificantes.—*L. Ninger*

Referencia

1. Petitti DB et al. for the WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health, Steroid hormone contraception and bone density: a cross-sectional study in an international population, *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95(5):736-744.

Ofrecer Condones en las Habitaciones de Moteles de Nicaragua Aumenta su Uso

Las parejas que visitan los moteles de Managua, Nicaragua, para relaciones sexuales son más proclives a usar condones si se les proporciona directamente este producto o si lo tienen a su disposición en la habitación que si los condones están disponibles sólo mediante su solicitud.¹ Sin embargo, datos recopilados en 19 moteles usados principalmente para citas sexuales indican que la disponibilidad de material educativo sobre educación sexual en la habitación causa una disminución del uso del condón entre las trabajadoras del sexo y sus clientes, y no surten ningún efecto en el uso del método entre las parejas que visitan estos moteles para relaciones sexuales sin fines de lucro.

Según los investigadores que realizaron este estudio, las condiciones de vida en situaciones de hacinamiento en Managua limitan las oportunidades de las parejas de tener relaciones sexuales en privado. Como resultado de ello, un número sustancial de estos encuentros sexuales—particularmente entre las trabajadoras del sexo y sus clientes—tienen lugar en moteles que alquilan habitaciones durante períodos breves.

Para evaluar si el suministro de condones y de materiales educativos tiene un impacto en el uso del condón, los investigadores identificaron 36 moteles de Managua de este tipo y entrevistaron a 29 propietarios sobre las características del lugar y de su clientela. (Siete propietarios

se rehusaron a ser entrevistados). Las entrevistas incluyeron temas tales como si el motel se usaba esencialmente para relaciones sexuales con o sin fines de lucro; costo de la habitación; tiempo que generalmente utilizaban las parejas en la habitación; y si estas habitaciones tenían inodoros con cisternas. Nueve de los propietarios entrevistados se negaron a participar en el estudio y uno de los moteles se cerró durante la realización del estudio, de manera que quedaron 19 moteles en el estudio. Once de estos moteles eran utilizados principalmente por las trabajadoras del sexo, y ocho de ellos eran frecuentados principalmente por parejas que tenían relaciones sexuales no comerciales. Uno de los moteles que se usaba principalmente para el comercio sexual tenía inodoro con cisterna en cada habitación, en comparación con cuatro de los moteles que se utilizaban básicamente para citas de relaciones sexuales no comerciales.

Los investigadores probaron seis intervenciones posibles en este estudio: suministrar condones a las parejas que los solicitaran; dejar en las habitaciones material educativo impreso sobre la salud y ofrecer condones a las parejas que los solicitaran; colocar condones en la habitación a disposición de los huéspedes; colocar condones y material impreso en las habitaciones; distribuir condones a las parejas antes de que ocuparan una habitación, aunque no los solicitaran; y distribuir condones sin que los solicitaran y además colocar material impreso en las habitaciones. El Ministerio de Salud de Nicaragua requiere que los moteles suministren condones a todos sus huéspedes, pero la práctica general se limita a entregarles condones solamente a las personas que los solicitan. Por lo tanto, los investigadores usaron las parejas a quienes se les entregaron condones al solicitarlos para establecer una línea de base del uso del condón para su investigación entre los huéspedes de los moteles de este tipo de Managua.

El material educativo contenía información sobre el número de personas que tienen SIDA en Nicaragua y en América Central, y sobre el uso del condón para prevenir la transmisión del VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente. El material también incluía diagramas con explicaciones sobre la forma correcta del uso del condón. La información fue suministrada por medio de panfletos que se colocaban sobre la cama y en afiches colocados en las paredes de la habitación.

Para averiguar si las parejas habían utilizado los condones, los trabajadores de

campo se vestían como el personal de limpieza del motel y recogían los condones después que las parejas abandonaban el lugar. El equipo de investigación determinaba que una pareja había usado condones si se encontraba en la habitación por lo menos un condón que contuviera semen.

Desde el 31 de julio al 4 de octubre de 1997, los investigadores visitaron los moteles durante los tres días de mayor movimiento de la semana—de jueves a sábado, o de viernes a domingo—arrojando un total de 24 días en cada motel. Los trabajadores de campo recopilaron datos correspondientes a 456 días.

Los trabajadores de campo recopilaron uno o más condones usados por 3.106 parejas (48%), los condones sin usar en las habitaciones de 152 parejas (2%), y ningún condón en las habitaciones de 3.205 parejas (50%). El uso de un condón era tres veces mayor entre las parejas que tenían sexo comercial que entre las que tenían relaciones sexuales sin fines de lucro (61% contra 20%).

En los moteles que se alquilan principalmente a las trabajadoras del sexo, las parejas que ocupaban las habitaciones que contenían material educativo de salud usaban condones con menos frecuencia que aquellas que alquilaban habitaciones que no tenían dichos panfletos (59% contra 62%). Sin embargo, no ocurría lo mismo en los moteles que se alquilaban principalmente a las parejas que tenían relaciones sexuales no comerciales, entre las cuales una de cada cinco parejas usaba condones, hubiera o no información impresa sobre cuestiones de salud.

Entre las parejas que visitaron moteles que eran utilizados principalmente por trabajadoras sexuales, usaron condones el 64% de aquellas a quienes se les entregaron el producto anticonceptivo sin que lo solicitaran, en comparación con el 62% de aquellas que alquilaron habitaciones en las cuales había condones disponibles y el 56% de aquellas que alquilaron habitaciones en moteles donde se entregaban condones solamente si lo solicitaba el huésped. En los moteles que se utilizaban para tener relaciones sexuales sin fines de lucro, el 25% de las parejas que recibieron condones en la habitación los utilizaron, en comparación con el 21% de aquellas a quienes se les entregaron condones sin solicitarlo antes de ingresar a sus habitaciones, y el 15% de las parejas en los moteles donde se les entregaba condones a los huéspedes únicamente si los solicitaban. Modelos logísticos de varios niveles que controlaron las características de los moteles indicaron que

el suministro de información sobre temas de salud provocó una disminución del uso del condón en los moteles que eran utilizados principalmente para el sexo comercial (razón de probabilidad de 0,89) y no reveló ningún efecto en los moteles utilizados por las parejas para relaciones sexuales sin fines de lucro.

El mayor impacto que tuvo la modalidad de distribución de condones en la frecuencia de su uso se registró entre las parejas que visitaban moteles para relaciones sexuales sin fines de lucro y que recibieron estos productos una vez que se encontraban en su habitación. En comparación con las parejas a quienes se les entregaba un condón si lo solicitaban, éstas eran más proclives a usar un condón (razón de probabilidad de 1,81). Las parejas de sexo no comercial a quienes se les entregó condones sin solicitarlos antes de ingresar a sus habitaciones también eran más proclives a utilizarlos (razón de probabilidad de 1,52), comparadas con las parejas que recibieron condones después de solicitarlos.

Al comparar las parejas que alquilaban habitaciones con fines de comercio sexual y a quienes se les entregaron condones al solicitarlos, con las parejas de comercio sexual pero a las que se les entregaron los condones en su habitación o antes de ingresar a sus habitaciones, se observa que ambos grupos registraron el mismo nivel de probabilidades de usar condones (razones de probabilidad de 1,31 y 1,32, respectivamente).

La presencia o ausencia de material educativo de salud en la habitación no alteró el efecto de los diferentes modalidades de distribución de condones con respecto a la frecuencia de uso en cualquier tipo de motel.

Los investigadores reconocieron que quizá han subestimado el uso del condón entre las parejas de los moteles utilizados principalmente para el sexo sin fines de lucro, porque este tipo de motel era más proclive que los hoteles frecuentados para comercio sexual a disponer de instalaciones de inodoros con cisternas en las habitaciones. Sin embargo, indicaron que como la muestra fue aleatoria, la eliminación de los condones en los inodoros no variaría entre los diferentes grupos objeto de cada intervención.

En los moteles que fueron estudiados, aumentó el uso del condón en un 8% cuando este producto estaba disponible en la habitación. Los investigadores estimaron que durante un año, ocurren aproximadamente 500.000 actos sexuales en los 19 moteles, y que en todos los moteles de

Managua en general, tienen lugar aproximadamente un millón de actos sexuales durante el transcurso de un año completo. En consecuencia, según los investigadores, si esta intervención se implementara en todos los moteles de Managua, se podría proteger un total adicional de aproximadamente 80.000 actos sexuales por año.

Los investigadores concluyeron que el suministro de condones en las habitaciones aumentó sustancialmente el uso del método, posiblemente porque las parejas podían evitar así pedirlos expresamente. Además, los resultados confirman que solamente suministrar información, sin ofrecer condones, "resulta insuficiente para que haya un cambio de conducta".—*B. Brown*

Referencia

1. Egger M et al., Promotion of condom use in a high-risk setting in Nicaragua: a randomized controlled trial, *Lancet*, 2000, 355(9211):2101–2105.

Transmisión Materno-Fetal De Sífilis Es Más Probable Si la Madre Tiene Síntomas

El 4% de las mujeres de Bolivia que dan a luz a hijos vivos tienen historia de sífilis materna confirmada con serología positiva. Según un estudio sobre pacientes de maternidad realizado en siete hospitales de Bolivia,¹ el 14% de los niños nacidos vivos de madres sifilíticas tienen sífilis congénita confirmada con serología positiva. Una vez que se controlaron los factores potenciales de confusión, las mujeres que tenían un nivel de estudios inferior a enseñanza secundaria y aquellas con antecedentes de sífilis eran más proclives que otras a haber sido diagnosticadas con sífilis en el momento del parto. A la inversa, las mujeres que habían estado mirando televisión durante la semana previa a la realización del estudio (un valor representativo de la condición socioeconómica) eran menos proclives a tener sífilis. Las mujeres con sífilis que presentaban signos de la enfermedad tenían mayores probabilidades de transmitirla a sus hijos.

Las pacientes de maternidad que dieron a luz desde junio a noviembre de 1996 en las siete hospitales participantes de La Paz, El Alto y Cochabamba fueron elegibles para participar en este estudio, el cual fue diseñado para identificar los factores de riesgo de la sífilis materna y la sífilis congénita. En conjunto, 1.428 mujeres con un hijo nacido vivo acordaron en participar en el estudio.

En el momento del parto se hicieron los

exámenes de sífilis a las madres y a los recién nacidos. Se extrajo sangre a la madre y al niño, y el personal del hospital estaba capacitado para analizar las muestras en su propio hospital y para realizar pruebas de detección rápida de reagentes plasmáticos. Las pruebas fueron enviadas para realizar una repetición de pruebas y para pruebas confirmatorias adicionales a uno de los dos laboratorios establecidos de referencia en Bolivia, para evaluar la exactitud de los diagnósticos realizados en el hospital por el personal hospitalario recién capacitado.

Además, una pequeña proporción de las muestras de sangre y de las muestras del cordón umbilical extraído de los recién nacidos cuyas madres tenían sífilis, fueron enviados para ser sometidos a mayores pruebas a los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (U.S. Centers for Disease Control and Prevention, CDC), en Atlanta. Los investigadores examinaron los registros médicos prenatales para determinar si a las mujeres se les había hecho pruebas de sífilis durante las visitas de atención prenatal.

La mayoría de las mujeres (76%) habían recibido cierta atención prenatal, pero solamente el 17% tenían documentación sobre una prueba de sífilis realizada durante el embarazo. Un total de 61 mujeres (4%) tuvieron una serología positiva de sífilis en el momento del parto; solamente el 5% de estas mujeres presentaban signos físicos de la enfermedad (tales como erupciones o úlceras genitales) que demostraban la presencia de la enfermedad. (Otras 43 pacientes de maternidad cuyos hijos eran mortinatos también participaron en el estudio; 11 de ellas—26%—tenían una serología positiva confirmada en el momento del parto). Los resultados de las pruebas de detección rápida realizadas en el hospital coincidían con los resultados de las pruebas de los laboratorios bolivianos de referencia y con los resultados confirmados por los CDC de Atlanta, por lo menos en el 94% de los casos.

Mediante análisis bivariado, se constató que un diagnóstico comprobado de sífilis materna era significativamente más probable si el idioma de la mujer era una lengua indígena, si ésta no había completado enseñanza secundaria o si su pareja permanente no había hecho estos estudios. Esa probabilidad también aumentó si la mujer no había recibido atención prenatal, si tenía antecedentes clínicos de sífilis, si sus ingresos mensuales estaban por debajo del nivel medio, si había tenido más de una pareja durante su embarazo

y si no había mirado televisión durante la semana anterior a la encuesta.

Una vez que se controlaban todas estas variables, había solamente cuatro que estaban independientemente relacionadas con el riesgo de un diagnóstico confirmado de sífilis entre una mujer que daba a luz a un hijo vivo. Tres factores elevaban este riesgo de forma significativa: no haber completado enseñanza secundaria (razón de probabilidad de 3,1), haber tenido un diagnóstico previo de sífilis (6,7) y haber tenido más de una pareja durante el embarazo (28,5). Un factor, haber mirado televisión durante la última semana, redujo significativamente la probabilidad de la sífilis materna (razón de probabilidad de 0,5).

Entre los niños que nacieron de mujeres que tenían sífilis, ocho de los 57 a los que se sometieron a prueba sus cordones umbilicales (14%) fueron confirmados como casos de sífilis congénita. Las madres cuyos hijos tenían esta enfermedad eran más proclives a tener signos de sífilis que las madres de los niños que no estaban infectados, y estas madres tenían menores probabilidades de tener una pareja estable en el momento del parto; sin embargo, ambos grupos de mujeres hablaban el mismo lenguaje indígena en su hogar y tampoco presentaban diferencias con respecto a su nivel educativo, atención prenatal, lugar de residencia (urbano o rural) o edad. Entre los niños hijos de mujeres con sífilis, aquellos que tenían un diagnóstico confirmado tenían mayores probabilidades que aquellos que no lo tenían a ser niños con insuficiencia ponderal o prematuros.

Según los investigadores, este estudio presentó varias limitaciones que pueden conducir a una subestimación de la incidencia de la sífilis materna y la sífilis congénita. A decir, es un estudio basado en siete hospitales de un país donde el 40% de los nacimientos no se atienden en un hospital; tuvo una baja tasa de participación en algunos hospitales; y las tasas de casos de nacimientos con insuficiencia ponderal o prematuros (lo cual puede ser causado por la sífilis) eran más elevadas entre las no-participantes que entre las que participaron en el estudio.

Los investigadores observaron que las elevadas tasas de acuerdo entre los resultados de los hospitales participantes y los resultados de los laboratorios de referencia condujeron al desarrollo de un programa nacional de prevención de la sífilis en Bolivia, lo cual incluyó las pruebas regulares gratuitas de sífilis para las mujeres embarazadas y un tratamiento gra-

tuito en base a penicilina. Recomendaron que los programas en otros ambientes de bajos recursos adopten las siguientes medidas: ofrecer pruebas de sífilis de bajo costo durante una consulta de atención prenatal para obtener resultados el mismo día, seguido de un tratamiento inmediato; enseñarles a los proveedores que en las áreas de alta prevalencia, se puede iniciar el tratamiento solamente en base a pruebas de detección rápida de reagentes plasmáticos (sin las pruebas confirmatorias adicionales); hacerle un tratamiento a todos los niños, con o sin síntomas, que hayan nacido de una madre que en el momento del parto se le diagnosticó la sífilis; desarrollar un sistema de notificación de parejas que sea adecuado para el entorno cultural; y desarrollar un sistema nacional de información para registrar todos los casos de sífilis materna y sífilis congénita.—L. Remez

Referencia

1. Southwick KL et al., Maternal and congenital syphilis in Bolivia, 1996: prevalence and risk factors, *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79(1):33-42.

Las Gestaciones Múltiples Presentan Varios Efectos Adversos a la Salud Materna

Según un estudio realizado con datos correspondientes a 885.338 mujeres embarazadas en América Latina y el Caribe,¹ las mujeres embarazadas de más de un hijo tienen un margen de riesgos 2-4 veces mayor de sufrir complicaciones durante el parto, comparadas con aquellas embarazadas de un solo feto. Por ejemplo, las mujeres embarazadas de una gestación múltiple son tres veces más proclives a sufrir una eclampsia o a tener un cesárea, y son cuatro veces más proclives a tener un parto prematuro. Entre las mujeres que han dado a luz anteriormente, aquellas que están embarazadas de más de un hijo tienen el doble de riesgo de morir que aquellas que están embarazadas de un solo hijo. Además, las mujeres que tienen embarazos múltiples y que nunca han dado a luz tienen riesgos 2-7 veces mayores de sufrir consecuencias adversas que las que ya han tenido hijos.

Para investigar si una mujer embarazada de más de un hijo corre un riesgo mayor de tener consecuencias maternas adversas que las mujeres con gestaciones monofetales, se recopiló información del Sistema de Información Perinatal, en Montevideo, Uruguay. Desde 1985 hasta 1997, los hospitales ingresaron a una base de

datos información sobre un millón de historias clínicas perinatales de mujeres embarazadas en Argentina, Bahamas, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Los registros de datos incluían información demográfica, historia clínica reproductiva, características maternas y datos sobre atención prenatal, manejo del trabajo de parto, complicaciones maternas y resultados neonatales. Si bien los registros no incluyen información sobre el uso de tecnologías de reproducción asistida, las gestaciones múltiples probablemente ocurrieron en forma natural, porque cuando se realizó este estudio, era muy limitado el uso de dichas tecnologías en los países en desarrollo.

Los investigadores excluyeron el 12% de todos los registros de la base de datos porque la información estaba incompleta o no era digna de crédito, por lo cual la muestra final incluyó 885.338 embarazos. De este total, 15.484 (aproximadamente el 2%) fueron gestaciones múltiples—embarazos que tenían más de un feto. Los investigadores estimaron los riesgos de resultados maternos adversos relacionados con la gestación múltiple, y ajustaron estas estimaciones con relación a edad de la mujer, número de partos previos, educación, uso del cigarrillo, altura, peso y índice de la masa corpórea antes del embarazo, antecedentes de presión arterial alta, trimestre en el cual comenzó la madre a recibir atención prenatal, número de visitas de atención prenatal, área geográfica, tipo de hospital y año del parto.

Las gestaciones múltiples eran más comunes entre las mujeres de más edad que ya habían dado a luz, las que tenían un índice elevado de masa corpórea antes del embarazo y las que presentaban antecedentes familiares de gestaciones múltiples. Por ejemplo, las mujeres que tenían por lo menos 35 años de edad tenían una probabilidad tres veces mayor de estar embarazadas con más de un hijo que las mujeres menores de 20 años, y las mujeres que tenían un historial familiar de gestaciones múltiples eran tres veces más propensas que las mujeres que no presentaban ese historial clínico. No se registró una relación entre las gestaciones múltiples y un aborto inducido previo.

Luego de ajustar los datos con respecto a las variables de confusión, los investigadores constataron que varios resultados adversos ocurrían con mayor frecuencia entre las mujeres con gestaciones múltiples. Las mujeres embarazadas

de más de un hijo presentaban un nivel de riesgo cuatro veces superior de tener problemas de parto prematuro que las embarazadas de un solo hijo; tenían un riesgo tres veces mayor de experimentar eclampsia y un parto por cesárea, y un riesgo doble de sufrir preeclampsia, anemia, hemorragias durante el puerperio e infecciones de puerperio.

Además, los investigadores calcularon el riesgo de las complicaciones relacionadas con las gestaciones múltiples entre las mujeres que nunca habían dado a luz y entre las que ya lo habían hecho. Entre las mujeres que daban a luz por primera vez, aquellas que tenían gestaciones múltiples eran siete veces más propensas a tener un parto prematuro que aquellas que tenían gestaciones monofetales; eran seis veces más propensas a experimentar eclampsia, y tres veces más propensas a tener un parto con cesárea. Las embarazadas de gestaciones múltiples con experiencia previa de maternidad tenían el doble de riesgo de morir y de tener un parto con cesá-

rea, y éstas eran tres veces más proclives a tener un parto prematuro que otras mujeres que habían dado a luz anteriormente y que estaban embarazadas esta vez de un solo feto.

En la mayoría de los resultados adversos registrados en el análisis, el hecho de que la mujer había dado a luz antes o no, no constituía una diferencia en el elevado nivel de riesgo relacionado con la gestación múltiple. No obstante, en los casos de eclampsia, parto prematuro y parto con cesárea, el elevado riesgo relacionado con la gestación múltiple fue significativamente más elevado para las mujeres que daban a luz por primera vez que para aquellas con experiencia previa de la maternidad.

Los investigadores observan que la exactitud de los diagnósticos en la base de datos no ha sido verificada y que es probable que no se hayan registrado en forma completa todas las complicaciones. Sin embargo, como las tasas de complicaciones de su estudio son similares a las re-

gistradas en otros trabajos similares, ellos consideran que esta limitación hipotética probablemente no afecta a sus conclusiones. Concluyen manifestando que las gestaciones múltiples deberían ser incluidas entre los factores de riesgo de la mortalidad materna, y que se deben establecer programas diseñados específicamente para las mujeres con gestaciones múltiples. Además, indican que sus resultados, junto con los resultados bien conocidos del aumento de riesgo de la morbilidad y mortalidad neonatales en los casos de gestaciones múltiples, deberían servir de centrar la atención de los profesionales de salud en el uso indiscriminado de agentes que inducen la ovulación y en las tecnologías de reproducción asistida que elevan la tasa de las gestaciones múltiples. —*B. Brown*

Referencia

1. Conde-Agudelo, Belizan JM y Lindmark G, Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations, *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95(6):899–903.

Entre los Adolescentes Peruanos, las Percepciones de sus Pares Son Factores Determinantes de la Iniciación Sexual

La percepción que tienen los estudiantes peruanos de enseñanza secundaria sobre la actividad sexual de sus pares es una de las variables predictivas más congruentes de su propia conducta, según resultados obtenidos en una reciente encuesta realizada en nueve ciudades.¹ Por ejemplo, los varones que indicaron que muchos de sus amigos ya habían tenido relaciones sexuales eran más proclives a haber tenido experiencia sexual y varias parejas durante los últimos tres meses, comparados con aquellos que creían que sus pares aún no lo habían hecho; sin embargo, también eran más proclives que otros a haber usado un condón en el momento de su primera relación sexual. La auto-estima y la condición socioeconómica también juegan un papel independiente para determinar si los jóvenes han tenido relaciones sexuales en condiciones de riesgo o con protección, pero el conocimiento de temas de salud reproductiva no es un factor determinante.

La encuesta se llevó a cabo a fines de 1998 como parte de la evaluación del programa nacional de educación sexual del Perú, el cual fue lanzado en 1996. Participaron en esta encuesta 6.962 estudiantes de 38 escuelas secundarias. Las escuelas y los estudiantes fueron seleccionados a través de muestreo por conglomerados de dos etapas en Lima y en otras ocho ciu-

dades en las principales regiones ecológicas del país (costa, sierra y selva).

Las estudiantes mujeres fueron casi el doble del número de varones debido a que se incluyeron en la muestra una cantidad desproporcionada de escuelas secundarias exclusivamente de mujeres. Los investigadores señalan que esta disparidad no afecta los resultados porque analizaron ambos grupos por separado. Un tercio de los participantes eran de Lima y el resto se distribuyó en partes iguales entre las demás regiones. Dos quintos de los estudiantes (en su mayoría de 13–14 años) se encontraban en sus primeros dos años de estudios secundarios; el resto (que en general tenían 15–18 años) estaban en los últimos tres años de estudio.

Los entrevistados completaron un cuestionario preparado para identificar el nivel de conocimiento y las actitudes hacia los temas incluidos en el programa de educación sexual, así como una amplia gama de características psicológicas y demográficas. Se les preguntó a todos los estudiantes si alguna vez habían tenido relaciones sexuales; a aquellos que cursaban los últimos tres años de secundaria, también se les preguntó cuántas parejas habían tenido durante los últimos tres meses y si habían usado un condón en la primera y en la última relación sexual. Los investigadores realizaron análisis bivaria-

dos para identificar los factores que estaban significativamente relacionados con el comportamiento sexual de los estudiantes y su uso del condón, y luego usaron una variedad de técnicas multivariadas para aislar los efectos independientes de estos factores.

Los análisis bivariados dieron resultados sorprendentes—en particular, el hallazgo de que *no* están relacionados con la conducta sexual de los estudiantes ni con su uso del condón factores tales como el conocimiento sobre la salud reproductiva y cómo evitar los riesgos que conllevan las relaciones sexuales, la percepción del papel que le corresponde a ambos géneros y la asistencia a los servicios religiosos. Según los investigadores, la falta de relación de los dos primeros factores y la actividad sexual probablemente indica que los participantes indicaron en forma uniforme que tenían amplios conocimientos sobre asuntos de salud reproductiva y que eran muy “modernos” con respecto a las normas de comportamiento de ambos géneros; los investigadores indicaron que el tercer factor, religión, era de más difícil explicación.

Conducta sexual

El 17% de todos los entrevistados—32% de los varones y 7% de las mujeres—habían tenido relaciones sexuales alguna

vez. Los resultados obtenidos de un análisis de regresión de riesgos indican que la percepción que tienen los estudiantes sobre el comportamiento de sus pares (fuere cual fuere la exactitud de esta percepción) fue una sólida variable de predicción de la actividad sexual de los encuestados mismos: los estudiantes que indicaron que pocos o muchos de sus compañeros habían tenido relaciones sexuales eran por lo menos el doble de proclives que otros a haber tenido experiencia sexual (razón de riesgos, 2,0–2,3 para los varones y 2,5 para las mujeres); en el caso de los varones, la percepción de que muchos de sus amigos habían causado un embarazo también incrementó la probabilidad de que hubieran tenido experiencia sexual (1,7).

La auto-estima fue otro determinante clave de la conducta sexual de los jóvenes: tanto los varones como las jóvenes que sentían que siempre o casi siempre eran importantes para las personas con quienes vivían, eran menos proclives a haber tenido relaciones sexuales alguna vez que otros que no pensaban igual (razones de riesgo, 0,5–0,8). Además, la probabilidad de haber tenido experiencia sexual fue elevada entre los varones que indicaron que casi siempre eran considerados líderes entre sus amigos (1,3) y fue reducida entre las mujeres jóvenes que manifestaron que siempre les comunicaron a sus pares cuando no estaban de acuerdo con ellos (0,7).

La mayoría de las características personales no estaban relacionadas con la iniciación sexual de los estudiantes. Sin embargo, las mujeres de condiciones económicas elevadas eran menos proclives a haber tenido experiencia sexual que sus pares de bajo nivel socioeconómico (0,6), y los hombres que vivían en las zonas selváticas eran considerablemente más proclives a haber tenido relaciones sexuales que sus pares residentes en Lima (2,6).

En general, el 5% de los entrevistados (10% de los varones y el 2% de las mujeres) habían tenido relaciones sexuales durante los últimos tres meses previos a la realización de la encuesta. Más de la mitad de estos hombres jóvenes (54%) habían tenido dos parejas o más durante ese período, pero casi todas las mujeres (91%) habían tenido solamente una pareja. El número de mujeres con experiencia sexual reciente fue demasiado reducido para realizar más análisis, aunque los investigadores evaluaron los determinantes de tener varias parejas entre los varones, mediante el uso de análisis de regresión Tobit. Nuevamente, las normas de conducta de

los pares y la auto-estima jugaron un papel significativo en la conducta de los varones: los jóvenes varones que percibían que sus amigos eran sexualmente activos o que habían causado un embarazo eran más proclives que otros jóvenes a haber tenido varias parejas durante los últimos tres meses (coeficientes Tobit, 1,1–2,2), como lo eran aquellos que casi siempre eran considerados líderes entre sus amigos (coeficiente Tobit, 0,5).

Los varones que tenían un elevado nivel socioeconómico o un trabajo remunerado tenían una mayor probabilidad a haber tenido más de una pareja (coeficientes Tobit, 0,6–0,8), y la probabilidad de observar este comportamiento aumentaba con la edad (coeficiente Tobit, 0,8). Los hombres que vivían en las regiones selváticas tenían un mayor riesgo a haber tenido varias parejas que sus pares que residían en Lima (coeficiente Tobit, 1,9).

Uso del condón

Entre los estudiantes sexualmente activos, el 38% de los varones y el 26% de las mujeres indicaron que habían usado un condón en la ocasión de su primera relación sexual; el 63% y el 42%, respectivamente, indicaron que también lo habían hecho la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Los investigadores realizaron análisis de regresión logit para examinar los determinantes del uso del condón, y nuevamente excluyeron a las mujeres porque era muy reducido el número de las que habían tenido experiencia sexual.

Los hombres que pertenecían a los grupos de nivel socioeconómico medio y alto fueron significativamente más proclives a haber usado un condón en su primera relación sexual que sus pares que pertenecían a niveles socioeconómicos más bajos (razones de probabilidad, 1,6–2,2), y aquellos que no vivían con ningún padre eran significativamente menos proclives a hacerlo que los que vivían con su padre y madre (0,3).

Solamente un factor relacionado con las percepciones del comportamiento de sus pares influyó sobre el uso del condón en el momento de la primera relación sexual: los varones que indicaron que muchos de sus amigos eran sexualmente activos fueron significativamente más proclives a haber usado un condón en esa ocasión que aquellos que señalaron que sus amigos no tenían experiencia sexual (1,8). Los investigadores observaron que este resultado de una influencia protectora contrasta con los resultados sobre la actividad sexual, los cuales sugieren que la percepción que tienen los varones de sus

amigos sobre su experiencia sexual conduce a conductas riesgosas. Una explicación plausible, señalan, es que los varones jóvenes que planeaban consumir su primera relación sexual fueron aconsejados por sus pares que tenían más experiencia a que usaran un condón.

Finalmente, una medida de la auto-estima estuvo relacionada con la mayor probabilidad de haber usado un condón en la primera relación sexual. Los estudiantes que indicaron que casi siempre necesitaban consejos cuando tenían un problema eran significativamente más proclives a haber usado un condón en la primera relación sexual que aquellos que manifestaron que nunca habían necesitado tal orientación (1,6).

Los resultados obtenidos con respecto al uso del condón en la relación sexual más reciente fueron esencialmente los mismos que se obtuvieron con respecto al uso del condón en el momento de la primera relación sexual. Una excepción notable es que mientras la percepción de un varón de que muchos de sus amigos eran sexualmente activos se relacionó con una mayor probabilidad de uso de un condón en su primera relación sexual, hubo una relación inversa (una menor probabilidad) con respecto a esta percepción y el uso del condón en la última relación sexual. Según los investigadores, este resultado inesperado puede indicar que los efectos de las percepciones de los pares cambian a medida que los jóvenes adquieren más experiencia sexual, o puede reflejar que el número de varones que indicaron que recién habían tenido relaciones sexuales (250) fue insuficiente para que produjera resultados confiables.

Conclusión

A la luz de estos resultados, los investigadores destacan que los programas dirigidos solamente para mejorar los conocimientos de los jóvenes sobre temas de salud reproductiva “pueden no ser suficientes para evitar que los adolescentes adopten conductas de riesgo en ambientes que presentan un gran número de otros factores de riesgo”. A su vez, sugieren que para realzar su impacto, los programas deben ampliarse en “centrar en los factores contextuales que influyen en el comportamiento de los adolescentes”.

—D. Hollander

Referencia

1. Magnani RJ et al., Correlates of sexual activity and condom use among secondary-school students in urban Peru, *Studies in Family Planning*, 2001, 32(1): 53–66.