

CARTAS AL EDITOR

Retención de peso posterior a 12 meses posparto

Señor editor: Con la presente enviamos algunos resultados de un estudio realizado sobre la prevalencia de retención de peso posterior a 12 meses posparto.

Después del embarazo, la cantidad promedio de peso retenido es relativamente pequeña. Sin embargo, entre 14 y 20% de las mujeres retienen más de 5 kg.¹ El factor más importante asociado a la retención de peso posparto (RPP) es una ganancia gestacional de peso (GGP) mayor a la recomendada.^{2,3} Actualmente, casi la mitad de las mujeres embarazadas mexicanas inician sus embarazos teniendo sobrepeso u obesidad, y 38% tienen una GGP mayor a lo recomendado. De septiembre de 2010 a enero de 2011 se incluyeron en una muestra 397 mujeres con un promedio de 13 meses posparto, derechohabientes del IMSS, que acudieron a control del niño sano al servicio de enfermería materno-infantil (EMI) en la unidad de medicina familiar (UMF) No 27, IMSS, Tijuana BC. Se revisaron los expedientes clínicos para la obtención del peso previo, durante y al final del embarazo y se realizó medición de peso, talla e índice de masa corporal (IMC) para determinar el peso posterior al embarazo. Se consideró RPP a la retención igual o mayor a 4.5 kg. a los 12 meses posteriores al parto.¹

Cincuenta y dos mujeres (29.5%) tuvieron RPP. En comparación con el IMC previo al embarazo, hubo un aumento en

la frecuencia de mujeres con obesidad de 20 a 29% en el posparto. Las mujeres con RPP tuvieron significativamente mayor frecuencia de peso normal ($IMC=18.5-24.9 \text{ kg/m}^2$) que de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) previo a su embarazo (62 vs. 38%, $p=0.001$), y mayor frecuencia de una GGP mayor a la recomendada (53 vs. 35%, $p=0.001$). Las mujeres con peso normal antes del embarazo tuvieron casi dos veces más riesgo de tener RPP ($RM=1.9$; IC 95% 1.3-2.4) que las mujeres con sobrepeso u obesidad antes del embarazo ($RM=0.73$; IC 95% 0.62-0.88). Nuestros resultados muestran que un tercio de las mujeres tuvieron RPP de 5 kg o más hasta 12 meses después del parto, y el riesgo de RPP fue dos veces mayor principalmente en las mujeres con peso normal previo al embarazo. Es importante que durante la preconcepción, el embarazo y el posparto las mujeres reciban información sobre este tema y, de ser necesario, alguna intervención (dieta, ejercicio) para evitar una GGP excesiva, RPP y disminuir el desarrollo de obesidad posterior al embarazo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Abraham Zonana-Nacach, MC.⁽¹⁾
zonanaa@yahoo.com

Helena Alexandra Rodríguez-Medina, MC.⁽²⁾

⁽¹⁾ Unidad de Investigación Clínica y Epidemiológica, Hospital General Regional No. 20. Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS). Tijuana BC, México.

⁽²⁾ Médico Familiar, Unidad de Medicina Familiar No 27. IMSS. Tijuana BC, México.

Referencias

1. Olson CM, Strawderman MS, Hinton PS, Pearson TA. Gestational weight gain and postpartum behaviors associated with weight change from early pregnancy to 1 y postpartum. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27:117-127.
2. Vesco KK, Dietz MP, Rizzo J, Stevens JV, Perrin AN, Bachman JD, et al. Excessive gestational weight gain and postpartum weight retention among obese women. *Obstet Gynecol* 2009; 114:1069-1075.
3. Mamun AA, Kinarivala M, O'Callaghan MJ, Williams JM, Najaman JM, Callaway LK. Associations of excess weight gain during pregnancy with long-term maternal overweight and obesity: evidence from 21 y postpartum follow-up. *Am J Clin Nutr* 2010;91:1336-1341.
4. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. *Salud Publica Mex* 2010;52:220-225.

Awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer in Northeast Mexico

Dear editor: Hereby, we send the results of a survey about the awareness that Human Papillomavirus (HPV) is a risk factor for the development of cervical cancer (CC) in a sample of women from the metropolitan area of Monterrey, Mexico (MMM). It is well known that chronic infection with HPV is largely associated with the development of CC and that screening with Pap smear allows the detection of women with high grade squamous intraepithelial lesions; however¹ partici-

pation in the screening as well as willing to vaccination, undoubtedly depends on the awareness and knowledge that women have about HPV.

We conducted a street, face-to-face survey in women aged 18-80 years in eight malls in MMM. The survey was carried out only in those women who gave verbal consent. We used the same format previously reported by Wardle,² briefly: women were first asked an open question; "With respect to CC, what do you think is its main cause?". This was followed by a question to recall risk factors of CC; "what, if any, are other causes of CC?". After that, women were asked a 'closed' awareness question: "Before this interview, were you aware of HPV?". The association between demographic factors and HPV awareness was analyzed with a binary logistic regression. SPSS version 10 was used for all the analyses.

A total of 1 494 surveys were collected. Characteristics of participants are showed in Table I. The average age was 35 years, the more frequent level of education was senior high school and the monthly incomes were in the range of 0-900 \$ USD. Only 1.7 % cited HPV as the main cause of CC without prompting. This last finding is similar to 1.9% reported by Lazcano-Ponce and colleagues³ and suggest that there has not been much progress on awareness or knowledge of HPV in Mexico. On the other hand, 10.8% were aware of the importance of HPV in the development of CC. According to their age, youngest women (8.75%) and women over 55 years (15.8%) were the least and most aware about HPV respectively. According to their level of education women with senior high school were less aware (6.7%) and those with a degree were most aware about HPV (46.7%).

Risk factors for CC that women could recall are presented in Table II; 80% reported to not know any causes; 7.6% cited sexual factors: unprotected sex (unspecified) (1.74%), sexual activity (unspecified) (2%), having many sexual partners (1%) a virus, infectious disease (1.34%). The lifestyle factors more cited were: poor genital hygiene (4.22%), lack

Table I
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND ASSOCIATION WITH HPV AWARENESS

	Awareness (N= 1494)			Significance	
	%	N	OR	95% CI	P-value
Age					
18 -24 (n =297)	8.75	26	1.00	—	—
25 -34 (n = 444)	9.46	42	1.09	0.65 - 1.82	0.745
35 - 44 (n = 450)	9.11	41	1.07	0.64 - 1.79	0.788
45 - 54 (n = 202)	10.40	21	1.21	0.66 - 2.22	0.538
> 55 (n = 101)	15.84	16	1.96	1.01 - 3.83	0.045
Education					
No formal education (n= 27)	18.52	5	1.00	—	—
Primary (n= 151)	10.60	16	0.52	0.17 - 1.57	0.241
Junior high school (n= 389)	8.48	33	0.41	0.15 - 1.15	0.080
Senior high school (n= 761)	6.70	51	0.32	0.12 - 0.87	0.019*
Bachelor (n= 151)	27.15	41	1.64	0.58 - 4.62	0.347
Degree (n= 15)	46.67	7	3.85	0.95 - 15.68	0.056
Monthly income \$ USD					
0-445 (n= 1365)	8.06	110	1.00	—	—
450-900 (n= 98)	29.60	29	4.80	2.98 - 7.72	< 0.01
> 900 (n= 30)	43.30	13	11.71	5.49 - 24.96	< 0.01

Table II
CERVICAL CANCER RISK FACTORS MENTIONED BY WOMEN (N = 1494)

Factors	%	N
Sex related		
Herpes virus	0.07	1
A sex transmitted infection	0.13	2
A virus infection, disease (unspecified)	1.34	20
Having many sexual partners	1.07	16
Becoming sexually active at a young age	0.33	5
Having more frequent sex	0.47	7
Unprotected sex (unspecified)	1.74	26
Sexual activity (unspecified)	2.01	30
Ovarian cyst	0.47	7
Lifestyle		
Lack of regular screening (physician, smear tests)	1.74	26
Having many pregnancies/children	0.2	3
Abortions	0.4	6
Stress	0.2	3
Poor genital hygiene	4.22	63
Poor diet	1.2	18
Heredity	0.94	14
Other		
Doesn't know	79.85	1193
Poor information	1	15
Drugs (unspecified)	0.2	3
Other	2.4	36

of regular screening (1.74%), and poor diet (1.2%).

Although MMM is a large city with a large proportion of migrants from other states our results do not necessarily reflect the level of HPV awareness of all women in Mexico. This awareness could be very different due to differences in the level of education. Public education programs about HPV are needed and should reach women of all ages, specially those with no formal education.

Acknowledgments

The authors wish to thank Irma Y. Vega-Santiago, Herzon Alan Tovar-Cervantes and Moises Shabot-Szydlo for technical support and for conducting the surveys.

Declaration of conflict of interests: The authors declare that they have no conflict of interests.

Omar González-Santiago⁽¹⁾
omargs28@yahoo.com
Deyanira Aguirre-Flores⁽¹⁾
Isaías Balderas-Rentería⁽¹⁾
Elvira Garza-González⁽²⁾

⁽¹⁾ Facultad de Ciencias Químicas Universidad Autónoma de Nuevo León, México

⁽²⁾ Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

References

1. Ogunmodede F, Yale SH, Krawisz B, Tyler GC, Evans AC. Human Papillomavirus infections in primary care. *Clin Med Res* 2007;5(4):210-217.
2. LAV Marlow I, J Waller I, J Wardle. Public awareness that HPV is a risk factor for cervical cancer. *Br J Cancer* 2007;97:691-694.
3. Lazcano-Ponce E, Rivera L, Arillo-Santillán E, Salmerón J, Hernández-Avila M, Muñoz N. Acceptability of a Human Papillomavirus (HPV) trial vaccine among mothers of adolescents in Cuernavaca, Mexico. *Arch Med Res* 2001;32(3):243-247.

Sistema de salud de Colombia

Señor editor: En el volumen 53, suplemento 2, del año 2011 de *Salud Pública de México* apareció publicado el artículo titulado *Sistema de salud de Colombia*,¹ en

el que los autores señalan que las masivas sentencias de los jueces ordenando la prestación de servicios no incluidos en el plan de beneficios (POS, Plan Obligatorio de Salud) han comprometido la sostenibilidad financiera del sistema.

Sin dejar de reconocer el impacto económico de las acciones judiciales (principalmente tutelas) es necesario señalar que diversas investigaciones dan cuenta de que éstas no son el principal responsable, ni mucho menos el único, de la crisis económica por la que atraviesa el sistema de salud colombiano. Por el contrario, son la falta de rectoría, regulación y supervisión por parte de los entes competentes, la intermediación de varios agentes, la flexibilización del control de precios de medicamentos, así como el gran poder que le otorgó el modelo a las entidades promotoras de salud (EPS), los que han causado en gran medida la actual crisis del sistema.²⁻⁴

Este conjunto de factores ha permitido por años la sistemática negación de servicios incluidos en el POS por parte de los agentes del sistema. De acuerdo con la Defensoría del Pueblo, en 2010 65.4% de las tutelas fueron por prestación de servicios incluidos en el POS.⁵ Muchas de éstas son resultado de acuerdos ilegales entre las EPS para negar metódicamente servicios y así hacer un doble cobro al gobierno.⁶ Estas prácticas tienen un serio impacto sobre el sistema. Por ejemplo, en el 2009, sólo en el caso de dos medicamentos incluidos en el POS (factores antihepmofílicos VIII y IX), las EPS recobraron indebidamente (como No POS) 13 000 millones de pesos.⁷

El actual gobierno ha reconocido estos problemas y ha asumido el compromiso de hacer que la salud en Colombia deje de ser un negocio para convertirse en un derecho. Con este fin ha planteado un conjunto de medidas.⁴

Algunas de las medidas planteadas están dirigidas a restringir la libre competencia en el mercado de salud. Se plantea reducir el número de EPS en el mercado, así como la redefinición de sus requisitos de habilitación y operación para que incluyan aspectos como tamaño,

indicadores de salud, solvencia y gestión del riesgo financiero y en salud. Otras medidas están dirigidas a ejercer un mayor control sobre los precios de los medicamentos.

Por último, es necesario señalar que los problemas aquí descritos han sido señalados en repetidas ocasiones por los jueces colombianos. Muchas de las medidas desarrolladas por el actual gobierno para combatir la corrupción y el sobreprecio de los medicamentos, y mejorar el sistema de información, se están dando como parte de la respuesta a una sentencia de la Corte Constitucional de Colombia, la T 760 de 2008, que ordenó al gobierno cumplir con los compromisos asumidos en la Ley 100. Por otro lado, la Corte ha planteado la necesidad de definir el contenido del derecho a la salud, que va más allá de los contenidos específicos del plan de beneficios. Ésta es aún una tarea pendiente.

Camila Gianella-Malca.⁽¹⁾
Camila.Gianella@cmi.no

⁽¹⁾ Instituto Chr Michelsen, Bergen, Noruega

Referencias

1. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl 2:S144-S155.
2. Procuraduría General de la Nación, Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad. El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del estado colombiano en materia de quejas en salud. Bogotá: Procuraduría General de la Nación - Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad, 2008.
3. Ronderos MT. Lo mejor y lo más débil del sistema de salud colombiano. *Semana* 2009: Bogotá.
4. Ministerio de la Protección Social. Audiencia pública de rendición de cuentas ante la Honorable Corte Constitucional. Bogotá: 2011.
5. Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud 2010. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2011.
6. Superintendencia de Industria y Comercio. Informe Motivado. Bogotá: Superintendencia de Industria y Comercio, 2011.
7. Observatorio del Medicamento Colombia. CRES coincide con estudio de la FMC y busca recuperar Col \$ 13.000 millones recobrados con Factores VIII y IX. *Boletín Informática & Salud* 2010; 20. Boletín del Consumidor de Medicamentos, Año 20.