

CARTAS AL EDITOR

Uso de anticonceptivos y prueba de Papanicolaou en Pachuca, Hidalgo, México

Señor editor: la salud de las mujeres no es un estado natural, es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin, del ambiente en que transcurren sus vidas y de las condiciones socioeconómicas -alimentación, escolaridad, empleo, seguridad social, entre otros.¹⁻⁶

*“...la salud reproductiva se define como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”*⁷

Si bien la salud reproductiva abarca aspectos como:

- La sexualidad, la capacidad de tener hijos, la salud durante el embarazo, parto y puerperio.
- La limitación de esta capacidad, ya sea involuntaria (infertilidad, esterilidad) o deseada a través de la anticoncepción.
- Los problemas que se presentan en la relación con la condición de ser mujer, como la violencia de género.
- El término natural o quirúrgico de las funciones reproductivas, es decir la menopausia.⁸⁻¹⁰

Para propósito del presente trabajo se estudiaron sólo dos prácticas de cuidado de la salud reproductiva: uso de metodología anticonceptiva y realización de la prueba de Papanicolaou y su relación con características socioeconómicas -edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación, servicios de salud- en mujeres pertenecientes a colonias clasificadas como de estrato medio a bajo del municipio de Pachuca, Hidalgo, México.

Se diseñó un estudio descriptivo transversal en el que se incluyó a 2 058 mujeres- que hubieran estado alguna vez embarazadas habiendo llegado o no a término-, pertenecientes a 55 colonias estratificadas en tres niveles-nivel bajo, medio bajo o medio- que representan 23.7% de las colonias del municipio.

En la sistematización y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 11.0. Para identificar los factores socioeconómicos asociados con las prácticas de cuidado en salud reproductiva estudiadas se efectuaron análisis descriptivo y de correspondencia múltiple.

Encontramos que 58% de las mujeres refirieron utilización de metodología anticonceptiva; los métodos más comunes fueron: OTB, DIU, pastillas. En relación con la prueba de Papanicolaou el porcentaje de realización fue de 51%.

En el análisis de correspondencia múltiple la asociación que presentaron las mujeres en relación con las caracte-

rísticas socioeconómicas estudiadas, uso de anticonceptivos y realización de prueba de Papanicolaou fue la siguiente:

- Mujeres de colonias de estrato bajo que no cuentan con servicios de salud, no viven en pareja, sin escolaridad, no usan anticonceptivos, y no se hicieron la prueba de Papanicolaou. En este estrato es importante señalar que la edad de las mujeres no presentó asociación alguna.
- Mujeres de estrato medio-bajo, que cuentan con servicios de salud, viven en pareja, menores de 25 años de edad, con 0 a 1 hijos, con estudios de primaria, no se realizan la prueba de Papanicolaou, pero sí usan un anticonceptivo.

Mujeres que viven en colonias de estrato medio, que tienen servicios de salud, con dos o más hijos, con estudios de secundaria o más, mayores de 26 años de edad, se caracterizan por uso de anticonceptivos y realización de la prueba de Papanicolaou.

La ocupación que se clasificó en trabajo doméstico y trabajo remunerado no presentó diferencias entre sí, al asociarse con las prácticas de cuidado en salud reproductiva estudiadas; esto tal vez se puede comprender por la división sexual del trabajo que asigna a las mujeres roles del cuidado de otros, ubicando en último lugar el cuidado de su propia sa-

lud, a pesar de tener acceso a empleo remunerado y a servicios de salud. O por otro lado, el hecho de que el trabajo doméstico no sea remunerado tiende a originar que las mujeres no puedan acceder a la seguridad social y, por ende, a prácticas de cuidado en salud reproductiva.

Finalmente, si bien los servicios están abiertos a toda la población, y se supone que en el área urbana la cobertura de éstos es de 100%, el lugar donde se habita, el acceso a servicios de salud, el nivel de escolaridad y el estado civil son determinantes socioeconómicos en el uso de anticonceptivos y de la realización de la prueba de Papanicolaou de las mujeres del municipio, lo que las ubica en un espacio de inequidad en el cuidado de su salud, en relación con otras en mejores condiciones.

*Ma del Carmen Rincón-Cruz, M en C.
Unidad de Investigación IMSS,
Delegación Hidalgo.*

*Miriam Alvarez-Suárez, Dra en Estadística.
Unidad de Investigación,
Instituto de Ciencias Exactas,
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
Pachuca, Hidalgo, México.
Correo electrónico: carmenc@prodigy.net.mx*

Referencias

1. Comité promotor por una maternidad sin riesgo en México: México, DF: CIMAC; 2000.
2. Boltvinick J. Pobreza y comportamiento demográfico. Demos 1996;(17):18-19.
3. López Ríos O. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. Salud Pública Mex 1997;39:16-24.
4. Consejo Nacional de Población. Cuadernos de salud reproductiva: Hidalgo. México, DF: Conapo; 2000.
5. Instituto Nacional de las Mujeres. Perfil de hombres y mujeres en México. México, DF: Inmujeres; 2003.
6. Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: Mortality differences between urban and rural areas in Mexico. Salud Pública Mex 2003;45 Suppl 3:S315-S325.
7. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Programa de acción adoptado en la CIPD; 1974 septiembre 5 al 13; El Cairo, Egipto.
8. Langer A. La calidad de la atención a la salud reproductiva: un desafío a los servicios de salud. En: Comité por una Maternidad sin riesgos en México, ed. Aportes de la calidad de la atención. México, DF: The Population Council; 1996:7.
9. Welti C. Un descenso más lento. Demos 1998;(4):4-5.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Boletín de Estadísticas Continuas, Demográficas y Sociales; Vitales. México, DF: INEGI; 2003.

Nitazoxanida: reacciones adversas

Señor editor: hemos leído el interesante artículo de Belkind VU y colaboradores Evaluación de la nitazoxanida en dosis única y por tres días en parasitosis intestinal,¹ y estamos de acuerdo con su conclusión final: "la efectividad y elevada prevalencia de efectos secundarios de la nitazoxanida, no justifican su actual empleo como una medida de quimioprevencción masiva para el control de parasitosis intestinal en áreas endémicas".¹ Para apoyar esta conclusión, damos a conocer los resultados sobre los efectos adversos de nitazoxanida, que fue utilizada en una campaña masiva de desparasitación en Minatitlán, Veracruz.

En noviembre y diciembre de 2002 se llevó a cabo una campaña de desparasitación con nitazoxanida en la población derechohabiente de Petróleos Mexicanos, en Minatitlán, Veracruz, y realizamos un estudio transversal descriptivo para evaluar la prevalencia e intensidad de reacciones adversas hacia dicho fármaco. Medimos la intensidad con una escala ordinal con categorías que variaron desde leves a severas, tomando en cuenta una escala numérica que varió de 1 a 3 como de intensidad leve, 4 a 7 como moderada, y 8 a 10 como severa. Las autoridades de la unidad de salud, en donde se realizó la investigación, dieron su consentimiento para que el estudio fuera realizado con los derechohabientes que se encontraban en las áreas de consulta externa y que además habían tomado el medicamento. El cuestionario

se aplicó hasta cuatro semanas después de que el paciente había ingerido el fármaco. Se incluyó en la muestra a 781 personas, de las cuales 342 (43.8%) fueron hombres y 439 (56.2%) mujeres. La mediana de edad fue de 35 años (límite mínimo 2 y máximo 78 años). En el caso de los niños menores de 10 años de edad se tomó en cuenta el dato referido por los padres. En 726 (93%) derechohabientes se obtuvo un cumplimiento del esquema terapéutico de tres días; 30 (3.8%) en dos días; y en 25 (3.2%) un solo día. En 100% de los pacientes que consumieron el fármaco uno o dos días, esto se debió a la presencia de reacciones adversas.

La prevalencia de tales reacciones se presentó en 276 (35.3%) derechohabientes. Las principales manifestaciones fueron dolor abdominal, náusea y diarrea (cuadro I). La intensidad de las reacciones adversas fueron severas en 25% de los individuos (cuadro II). En 585 (74.1%) de los pacientes se apreció que durante el tratamiento su orina tuvo un cambio de coloración hacia la oscuridad (amarillo a naranja).

Durante la campaña de desparasitación hubo pacientes que acudieron a consulta al servicio de urgencias debido a la severidad de las reacciones adversas, sobre todo por urticaria, vómito, diarrea

**Cuadro I
PREVALENCIA DE REACCIONES
ADVERSAS EN 781 PERSONAS A QUIENES
SE LES ADMINISTRÓ NITAZOXANIDA.
MINATITLÁN, VERACRUZ, MÉXICO,
2002**

Reacción adversa	n	%
Dolor abdominal	184	23.6
Cefalea	129	16.5
Náusea	110	14.1
Diarrea	97	12.4
Mareos	87	11.1
Fatiga	80	10.2
Vómito	18	2.3

Cuadro II
INTENSIDAD DE LAS REACCIONES ADVERSAS POR NITAZOXANIDA EN 276 PACIENTES. MINATITLÁN, VERACRUZ, MÉXICO, 2002

Reacción adversa	Leve		Moderada		Severa		Total
	n	%	n	%	n	%	
Dolor abdominal	82	44.5	50	27.2	52	28.3	184
Cefalea	55	42.6	49	37.9	25	19.4	129
Náusea	49	44.5	31	28.2	30	27.3	110
Diarrhea	48	49.5	29	29.9	20	20.6	97
Mareos	22	25.3	43	49.4	22	25.3	87
Fatiga	41	51.2	31	38.8	8	10.0	80
Vómitos	6	33.3	3	16.6	9	50.0	18

y dolor abdominal (datos no publicados). Otra reacción adversa que encontramos y que no se buscó intencionadamente fue el prurito anal que refirieron algunos de recohabientes, y que en el futuro se tendrá que investigar.

Desde las primeras publicaciones que realizamos sobre nitazoxanida habíamos considerado que no era la panacea en el tratamiento de las parasitosis intestinales, ya que había evidencia clínica de que el fármaco ocasionaba serias reacciones adversas y que su eficacia no era mayor a la de otros antiparasitarios que producen menos reacciones secundarias y son más baratos.²⁻⁴ Otras publicaciones científicas han demostrado estos mismos hallazgos y,^{1,5,6} además, Stockis y colaboradores encontraron reacciones adversas importantes en adultos sanos voluntarios.^{7,8}

Podemos concluir que la nitazoxanida ocasiona reacciones adversas frecuentes y severas, por lo cual debe ser usada con precaución y debe evitarse su uso en las campañas masivas de desparasitación.

*Roberto Rodríguez García, Dr,
 Arturo Aguilar Ye, Pedro Puig Sosa.
 Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana,
 Minatitlán, Veracruz, México.*

*Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán, Dr.
 Hospital General de Zona No. 36,
 Instituto Mexicano del Seguro Social,
 Coatzacoalcos, Veracruz, México.*

*Jaime Eloy Esteban Vaz, Dr.
 Hospital Regional Minatitlán, Petróleos Mexicanos,
 Minatitlán, Veracruz, México.
 Correo electrónico: rorogapediatr@hotmail.com*

Referencias

1. Belkind-Valdovinos U, Belkind-Gerson J, Sánchez-Francia D, Espinoza-Ruiz MM, Lazcano-Ponce E. Evaluación de la nitazoxanida en dosis única y por tres días en parasitosis intestinal. *Salud Pública Mex* 2004;46:333-340.
2. Rodríguez-García R. Nitazoxanida. ¿Es un fármaco que puede administrarse con seguridad en niños? *Rev Mex Pediatr* 1999;66:75-76.
3. Rodríguez-García R, Rodríguez GLM, Cruz DCAH. Eficacia y seguridad de albendazol contra nitazoxanida en el tratamiento de *Giardia lamblia* en niños. *Rev Gastroenterol Mex* 1999;64:122-126.
4. Rodríguez-García R, Salgado GE, Rodríguez GLM. Más sobre nitazoxanida. *Rev Mex Pediatr* 2000;67:192-193.
5. Padilla RN, Alarcón GA, Figueroa FRC, Muñoz RM. Comparación del efecto de quinfamida y de la nitazoxanida en el tratamiento de la amibiásis intestinal no disentérica en niños. *Rev Mex Pediatr* 1998;65:196-199.
6. González MIB, Salgado RH, Sánchez GMC, Pérez FR, Cedillo RR. Eficacia y seguridad de albendazol y nitazoxanida en el tratamiento del niño con giardiasis. *Memorias, V Reunión de Investigación Médica de la Región Sur, Instituto Mexicano del Seguro Social*; 2000 junio 22-24; Villahermosa, Tabasco, México.
7. Stockis A, Allemon AM, De Bruyn S, Gengler C. Nitazoxanide pharmacokinetic and tolerability in man using single ascending oral doses. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002;40: 213-220.
8. Stockis A, De Bruyn S, Gengler C, Rosillon D. Nitazoxanide pharmacokinetics and tolerability in man during 7 days doping with 0.5 g and 1 g b.i.d. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2002;40: 221-227.