

Outlook

La creciente carga que representan las enfermedades crónicas: Implicancias para la salud reproductiva

Actualmente, el 80% de las muertes causadas por enfermedades crónicas ocurre en los países de bajos y medianos ingresos, en que las personas desarrollan estas enfermedades a edades más tempranas, las sufren por más tiempo y mueren antes.¹ Las enfermedades crónicas han sido definidas como dolencias que son prevenibles, prolongadas, poco probable de resolverse espontáneamente, e imposible que se curen por completo.²

Este número de *Outlook* analiza el creciente número de enfermedades crónicas en términos de los desafíos y oportunidades que probablemente representen para la salud reproductiva, centrándose en las afecciones cardiovasculares, diabetes y la obesidad como factor de riesgo. Este enfoque fue identificado gracias a evidentes relaciones con la salud reproductiva (por ejemplo, la hipertensión y la diabetes durante el embarazo, las opciones anticonceptivas para mujeres con afecciones y factores de riesgo cardiovasculares). Además, estas afecciones representan una importante carga de enfermedad en curso: se estima que 246 millones de personas en los países en desarrollo viven con diabetes, y aproximadamente 1.000 millones presentan hipertensión.³ Finalmente, este enfoque representa

una menor redundancia con otras iniciativas actualmente en curso en otras áreas (por ejemplo, cáncer y salud reproductiva,⁴ control del consumo de tabaco) y, por lo tanto, mejores oportunidades para innovar.

La epidemiología de las enfermedades crónicas

De los 58 millones de muertes ocurridas durante el año 2005 en todo el mundo, 35 millones (60%) se debieron a enfermedades crónicas—el doble que la suma de las muertes causadas por enfermedades infecciosas, afecciones maternas y perinatales, y deficiencias nutricionales.¹ A medida que la carga general de enfermedades infecciosas disminuye en los países en desarrollo—en gran parte gracias a los efectivos programas de salud pública implementados durante las últimas décadas—la carga de enfermedades crónicas aumenta. Se estima que entre 1990 y 2020, la mortalidad causada por enfermedades cardíacas en los países en desarrollo aumentará en un 120% en mujeres y en un 137% en hombres.⁴ Entre los años 2007 y 2025, el número de personas que viven con diabetes en todo el mundo aumentará de 246 a 380 millones, y la mayoría de estas personas vivirá en los países en desarrollo.^{5,6} Este aumento se debe parcialmente a una mayor expectativa de vida y al envejecimiento de la población, pero también existe un incremento en las tasas de enfermedades específicas por edad debido a fenómenos como la migración y la modernización, que afectan los patrones de dieta, trabajo y actividad.⁷

Los patrones de la enfermedad: un complejo panorama mundial

En general, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad son más comunes en los países de ingresos medianos-bajos que en los países de ingresos bajos. Por ejemplo, las enfermedades crónicas son responsables de la mayoría de las muertes en China, Egipto, Nicaragua, Perú, Tailandia, Ucrania y Vietnam, y casi la mayoría de éstas en la India (Tabla 1, página 2). En contraste, la mayoría de las muertes aún se deben a enfermedades transmisibles en muchos países de África subsahariana, así como también en Camboya.

En muchos países no se encuentran disponibles las tasas de prevalencia representativas a nivel nacional de enfermedades cardiovasculares y diabetes. No obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recopilado datos comparables acerca del sobrepeso y la obesidad (índice de masa corporal, o

En este número:

- La epidemiología de las enfermedades crónicas
- Cómo abordar las enfermedades crónicas en los países en desarrollo
- Las enfermedades crónicas y la salud reproductiva: desafíos y oportunidades
- La estrategia a futuro

*Además, debido a las bajas tasas de supervivencia, el cáncer no corresponde a una enfermedad en curso o crónica en las comunidades de escasos recursos. Generalmente, si es detectado y tratado en forma oportuna, el cáncer no requiere el mismo tipo de tratamientos de largo plazo que aquellos utilizados en casos de hipertensión, diabetes y obesidad. Para más información acerca del cáncer en los países en desarrollo, visite www.who.int/topics/cancer/es

IMC, ≥ 25 kg/m²). Las tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres actualmente son más altas en los países de Europa Oriental, América Latina y en el Medio Oriente y África del Norte, así como también en Sudáfrica (Tabla 1).⁸ Las permanentes altas tasas de mujeres con bajo peso en muchos países del sur y sudeste de Asia, así como también en el África subsahariana, podrían enmascarar un creciente problema de obesidad, aunque en Costa de Marfil, Senegal y Tailandia, más de la tercera parte de las mujeres se encuentran con sobrepeso o son obesas. Tanto el bajo peso como la obesidad tienen implicancias para las enfermedades crónicas: las mujeres que tienen bajo peso durante el embarazo presentan una mayor probabilidad de tener bebés con bajo peso al nacer, quienes luego tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes durante su vida adulta.⁹⁻¹¹

Los patrones de enfermedades crónicas también varían dentro de los países, aunque aún es difícil acceder a datos a nivel nacional de buena calidad (ver cuadro, página 5, “Fuentes de información sobre enfermedades crónicas seleccionadas y factores de riesgo”). En general las poblaciones urbanas presentan una mayor probabilidad de ser afectadas por enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad que las poblaciones rurales, tal

como ocurre en los quintiles de mayores ingresos. No obstante, esto puede estar cambiando en algunos lugares (y ya ha cambiado en la mayoría de los países desarrollados). Un análisis reciente reveló que las tendencias a la obesidad están cambiando y ahora afectan a los más pobres en los países en desarrollo.¹² La Encuesta de Demografía y Salud de 2007 (EDS) realizada en Ucrania—una de las pocas que incluye datos sobre hipertensión—mostró tasas más altas en las mujeres de zonas rurales que en las de zonas urbanas y entre las mujeres en los quintiles de menores ingresos.¹³ Un patrón similar por situación económica fue incluido en un estudio de la OMS realizado en zonas rurales de Vietnam.¹⁴

En la mayoría de las comunidades habría que reconsiderar también las suposiciones de que las enfermedades crónicas afectan principalmente a las poblaciones de mayor edad y a los hombres. De acuerdo a una estimación, el 44% de todas las muertes prematuras a nivel mundial se debe a enfermedades crónicas,¹⁵ y la mayor parte de la discapacidad causada por enfermedades crónicas ocurre en personas entre los 30 y 59 años.¹ La Figura 1 muestra que las enfermedades crónicas ocasionan un número importante de muertes entre las mujeres de 15 a 44 años en muchos países; los autores

de ese análisis llegan incluso a afirmar que “las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes son las causas de muerte más importantes para las mujeres, incluso durante la edad reproductiva, así como también para las mujeres con niños pequeños”.¹⁶ Además, las tasas de enfermedades cardiovasculares y diabetes son prácticamente idénticas en mujeres y hombres a nivel mundial, y en muchos países las tasas de obesidad y sobrepeso son notablemente más altas en mujeres que en hombres (Tabla 1).^{11,17}

Cómo abordar las enfermedades crónicas en los países en desarrollo

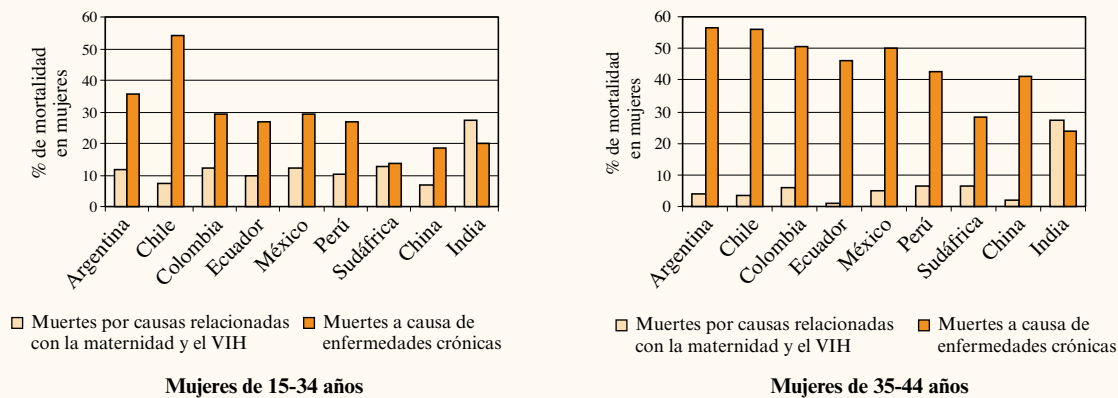
Abordar la creciente carga de enfermedades crónicas exigirá basarse en los métodos y sistemas existentes o bien modificarlos para adecuarlos a comunidades de ingresos bajos a medios, así como también desarrollar nuevos métodos. Una de las herramientas más importantes será la información de buena calidad acerca del perfil de factor de riesgo de la población para ayudar a desarrollar políticas y programas.¹ En el recuadro de la página 5 se destacan algunas fuentes de información disponibles actualmente sobre enfermedades crónicas y factores de riesgo. Para conocer ejemplos de métodos sobre cómo abordar las enfermedades

Tabla 1. La carga de enfermedades crónicas y los factores de riesgo varían por región y país*

	Causa de muerte (porcentaje)			Clasificación de Índice de masa corporal (porcentaje)		
	Enfermedades crónicas	Enfermedades transmisibles	Lesiones	Sobrepeso o mujeres obesas (15 años o más)	Sobrepeso u hombres obesos (15 años o más)	Mujeres delgadas (IMC <18,5) de 15-49 años
Camboya	34	61	5	9,3	13,3	20,3
China	77	12	11	24,7	33,1	
India	49	41	10	15,2	16,8	35,6
Tailandia	58	31	11	35,3	27,9	
Vietnam	66	24	9	8,7	4,1	
Nicaragua	52	30	12	68,1	52,9	3,5
Perú	58	32	9	64,7	54,6	1,2
Ucrania	87	4	9	48,5	41,3	
Egipto	78	18	4	74,2	64,5	0,5
Costa de Marfil	23	67	9	34,2	11,6	5,8
Kenya	22	72	6	24,9	8,4	12,3
Senegal	26	64	10	36,7	16,1	18,2
Sudáfrica	28	65	7	67,2	39,3	
Tanzania	17	77	6	27,0	15,4	10,4
Uganda	18	75	7	22,2	7,4	12,1
Zambia	12	86	2	18,6	7,5	9,6

*Notas: Todas las cifras son porcentajes. IMC: Índice de masa corporal. Los países fueron escogidos por variación regional. Los datos acerca de las causas de muerte provienen de la base de datos de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial del año 2002; los datos acerca de sobrepeso y obesidad provienen de InfoBase 2005 de la OMS; los datos acerca de mujeres con bajo peso provienen de las más recientes Encuestas de Demografía y Salud (ver recuadro en la página 5 para más información sobre estas fuentes). Estos datos fueron utilizados con fines comparativos y pueden ser diferentes a las estimaciones nacionales oficiales.

Figura 1. Muertes en mujeres por causas relacionados con la maternidad y VIH/SIDA, comparadas con enfermedades crónicas como se las define en nueve países¹⁶



crónicas en los países en desarrollo, consultar el recuadro en la página 6.

Prevención primaria

La comunidad de salud pública posee vasta experiencia sobre el cambio de conductas en los países en desarrollo, lo que podría ser relevante para desarrollar intervenciones orientadas a la comunidad y culturalmente apropiadas con el fin de prevenir enfermedades crónicas. La mayor parte de la evidencia sobre tales intervenciones en el área de las enfermedades crónicas proviene de los países desarrollados, lo que incluye más notablemente el proyecto de Carelia del Norte en Finlandia.¹⁸ Este proyecto demostró que los programas basados en la comunidad logran cambiar los estilos de vida y reducir las tasas de enfermedades cardiovasculares. Una evaluación reciente de una intervención de seis años para modificar el estilo de vida en China, demostró que era posible prevenir o retrasar la diabetes en una población de alto riesgo mediante la dieta y el ejercicio, y que intervenciones relativamente simples y de corto plazo alcanzaron efectos de largo plazo. No obstante, no estaba claro el efecto sobre las enfermedades cardiovasculares y la mortalidad en general.¹⁹ Otra intervención de cuatro años para modificar el estilo de vida realizada en Irán reveló que las medidas para modificar la dieta y la actividad física mejoraron en el área en que se realizó la intervención, en comparación con el área de control.²⁰ Evidencia proveniente de Carelia del Norte y de otros lugares ha demostrado que las intervenciones relacionadas con la dieta y el ejercicio deben tomar en cuenta factores más allá de la persona. En algunas comunidades, por ejemplo, el ejercicio puede representar un obstáculo debido a restricciones relacionadas con la movilidad de las

mujeres, el entorno físico de una barriada urbana u horarios poco flexibles de trabajo y servicios de cuidado de niños. Por otro lado, las redes de apoyo comunitario entre pares también contribuyen a facilitar el cambio de conductas.

Detección

Debido a su largo desarrollo, existen muchas oportunidades para prevenir y/o disminuir la velocidad de la progresión de las enfermedades crónicas. Asegurarse de que existan servicios apropiados de detección puede comprender desarrollar nuevas pruebas de diagnóstico y biomarcadores para comunidades de escasos recursos, capacitar a proveedores acerca del uso de las herramientas disponibles actualmente, y crear conciencia en las comunidades en riesgo con el fin de que busquen atención apropiada. Por ejemplo, la medición de la presión sanguínea sigue siendo un problema en muchas comunidades de escasos recursos, ya sea porque no se dispone de equipos precisos y confiables o porque los proveedores de salud no están debidamente capacitados.²¹ Un estudio reciente realizado en Vietnam reveló que muy pocos de los trabajadores de salud responsables de medicina interna en el sector público o privado sabían qué preguntas se deben hacer a un paciente con hipertensión.²² Otro ejemplo: la medición de la circunferencia de la cintura puede ser un método relativamente simple para evaluar el riesgo cardiovascular futuro que requeriría una capacitación o tecnologías mínimas; un estudio reciente realizado en Japón descubrió que la circunferencia de cintura mayor que 90 cm en hombres y 80 cm en mujeres era un buen predictor de enfermedades cardiovasculares.²³

Las iniciativas de salud pública en curso en otras áreas pueden constituir útiles

puntos de partida para programas nacionales de detección. Por ejemplo, la labor actual orientada al desarrollo de métodos para la detección del cáncer cervical y apropiada para las comunidades de escasos recursos puede entregar valiosas lecciones. Para obtener más información, visite: www.rho.org/screening (en inglés).

Tratamiento y manejo

En muchos casos, los sistemas de salud de los países en desarrollo están orientados al tratamiento de las enfermedades transmisibles, que por lo general requieren un período de intervención de corto plazo y limitado. El manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas, en contraste, exige interacciones regulares y continuas entre el sistema de salud y los pacientes. Los países en desarrollo que busquen alcanzar una importante expansión de los programas de tratamiento para el VIH/SIDA se enfrentarán —o ya se están enfrentando— a exigencias del sistema de salud similares y a gran escala. Por lo tanto, es posible que la experiencia de los programas de VIH/SIDA en los países en desarrollo sea de utilidad para los profesionales que se dedican a las enfermedades crónicas.²⁴ Por ejemplo, la experiencia en los hospitales provinciales de Camboya ha mostrado que la atención de pacientes con diabetes, VIH/SIDA e hipertensión puede integrarse efectivamente, con buena aceptabilidad y retención.²⁵

Las enfermedades crónicas y la salud reproductiva: Desafíos y oportunidades

La edad reproductiva de una mujer se extiende desde los primeros años de su adolescencia hasta la década en que

cumple 40, o incluso más. Por lo tanto, los servicios de salud reproductiva constituyen un importante punto de entrada para llegar a una gran población de mujeres para quienes las enfermedades crónicas son una preocupación establecida o creciente, dependiendo del contexto. Por ejemplo, los servicios de salud reproductiva para adolescentes pueden ser un punto de entrada para intervenciones de comunicación orientadas al cambio de conductas para prevenir afecciones crónicas. Los servicios para mujeres embarazadas pueden representar oportunidades de prevención secundaria entre mujeres que se encuentran en las etapas iniciales de una enfermedad crónica. Finalmente, las mujeres que desarrollen enfermedades crónicas relativamente temprano en su vida pueden tener necesidades diferentes en lo que respecta a servicios de planificación familiar y un embarazo y parto seguros.

Los siguientes temas se basan en un análisis de la evidencia disponible actualmente. A medida que aumente el conocimiento y la experiencia en cuanto a enfermedades crónicas en los países en desarrollo, esto podría traer consigo importantes implicancias para el aborto seguro, la infertilidad y las infecciones de transmisión sexual, por ejemplo, que no se abordan en detalle aquí.

Hipertensión durante el embarazo

Los trastornos hipertensivos son la complicación médica más común del embarazo y una de las principales causas de mortalidad materna. Se estima que afectan a aproximadamente el 10% de las embarazadas en todo el mundo.²⁶ Casi el 10% de las muertes maternas en África y Asia, y más de la cuarta parte en América Latina y el Caribe, son causadas por trastornos hipertensivos del embarazo.²⁶

Los trastornos hipertensivos del embarazo incluyen:

- Hipertensión crónica (por lo general definida como una medición de presión sanguínea de 140/90 mm Hg o más) experimentada durante el embarazo.
- Hipertensión gestacional, que se refiere a la hipertensión que se desarrolla luego de 20 semanas de gestación sin proteinuria.
- Preeclampsia, que es una enfermedad multiorgánica que se caracteriza por el desarrollo de hipertensión y proteinuria después de 20 semanas de gestación.

Las mujeres que experimentan hipertensión crónica durante el embarazo,

hipertensión gestacional y preeclampsia presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal, así como también retraso del crecimiento intrauterino y niños con bajo peso al nacer.²⁷ En casos graves, la preeclampsia puede progresar a eclampsia y causar una muerte materna debido a hemorragia cerebral.

Investigaciones procedentes de países africanos muestran que la mayor parte de los trastornos hipertensivos durante el embarazo se presentan en mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia, en lugar de hacerlo en mujeres con hipertensión crónica.²⁸ Si bien ni la hipertensión gestacional ni la preeclampsia son enfermedades crónicas, se ha visto que con el tiempo éstas se asocian a enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo.^{29,30}

Detección

Puede resultar difícil clasificar los trastornos hipertensivos del embarazo debido a distintas opiniones sobre cuál es la posición correcta de un paciente al momento de medir la presión sanguínea y otros factores.³¹ Además de medir la presión sanguínea y hacer pruebas de orina para detectar proteinuria, la detección de la preeclampsia puede incluir la identificación de los siguientes factores de riesgo: antecedentes previos de preeclampsia, antecedentes de hipertensión crónica, 35 años de edad o más, obesidad, diabetes y antecedentes familiares de preeclampsia.^{26,32,33} Se encuentran en curso esfuerzos para identificar biomarcadores de preeclampsia,³⁴ aunque es probable que sea necesario desarrollar herramientas específicas para las comunidades de escasos recursos. Es más probable que se logre detectar trastornos hipertensivos del embarazo en aquellas comunidades donde las mujeres pueden acceder a múltiples visitas prenatales.

Prevención de trastornos hipertensivos durante el embarazo

Si bien es necesario realizar más investigación en esta área, existe cierta evidencia de que mejorar la dieta y la actividad física antes y durante el embarazo puede prevenir la preeclampsia³⁵ —lo que incluye suplementación de calcio,³⁶ consumo de fibra en la dieta,³⁷ y consumo de ácidos grasos elongados n-3.³⁸ No obstante, el calcio también puede interactuar con otros nutrientes (como el hierro) que son necesarios durante el embarazo —una consideración importante en países

donde las mujeres ya presentan anemia antes del embarazo.³⁹ La disminución del consumo de sal también es una de las mejores maneras de prevenir la hipertensión en general. Si bien la mayor parte del consumo de sal en los países desarrollados proviene de alimentos procesados, en muchos países de África y Asia la mayor parte de la ingesta de sal proviene de la sal que se agrega a los alimentos durante su preparación o consumo.

También se ha demostrado que la aspirina en dosis bajas previene la preeclampsia, el parto prematuro y la muerte fetal.⁴⁰ El beneficio es mayor para las mujeres en mayor riesgo. Algunos expertos sugieren que a las mujeres que presentan un mayor riesgo o múltiples factores de riesgo se les administre aspirina, en particular en comunidades de escasos recursos donde la preeclampsia es prevalente y no se dispone de opciones sofisticadas para su detección y tratamiento.⁴⁰

Tratamiento y manejo

A menudo se utiliza sulfato de magnesio y éste es recomendado por la OMS para prevenir la eclampsia en mujeres con preeclampsia.²⁶ También puede contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, incluso en mujeres que no presentan episodios convulsivos. Los trastornos hipertensivos del embarazo suelen tratarse con reposo en cama y exámenes regulares realizados por trabajadores de salud capacitados. Según la OMS, los médicos debieran escoger medicamentos antihipertensivos para combatir la hipertensión grave durante el embarazo basándose en su propia experiencia e información acerca de los efectos sobre la madre y el feto; hidralazina es uno de los pocos medicamentos aplicables en estos casos que se encuentra disponible ampliamente en tales comunidades.⁴¹

Cómo prevenir la ocurrencia posterior de enfermedades cardiovasculares

Es posible que las mujeres con alto riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares interactúen por primera vez con el sistema de salud al buscar atención durante su embarazo. Al identificar los factores de riesgo y lograr que las mujeres participen activamente en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas se puede conseguir mejores resultados de salud reproductiva y, al mismo tiempo, reducir la probabilidad de discapacidad y muerte en general. Por ejemplo, un estudio reciente de la OMS reveló que

el tratamiento de la hipertensión leve a moderada durante el embarazo puede prevenir la progresión a hipertensión grave (pero no tuvo efecto alguno sobre el riesgo de preeclampsia).³¹ Si además del manejo clínico se desarrollan campañas orientadas al cambio de conductas que se concentren en mejorar la dieta y la actividad física, esto también puede reportar beneficios.

Diabetes gestacional

En todo el mundo, hasta el 10% de los embarazos tienen relación con la diabetes, y el 90% de estos casos se trata de diabetes gestacional,⁴² que se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Al igual que las personas con diabetes tipo 2, las mujeres con diabetes gestacional no son capaces de utilizar efectivamente la insulina, que es la

hormona producida por el páncreas que permite a la glucosa, o azúcar en la sangre, pasar del flujo sanguíneo al organismo.

La falta de servicios y normas de detección en la mayoría de los países son un obstáculo a la hora de determinar la prevalencia exacta de la diabetes gestacional.⁴³ En la India, una encuesta estimó que la prevalencia de diabetes gestacional es de 16,5%, a partir de un 2% en 1982.^{44,45} Algunas de las consecuencias de la diabetes gestacional son preeclampsia, aborto, parto de feto muerto, morbilidad perinatal y complicaciones de largo plazo en niños (que incluyen obesidad, desarrollo psicomotor retrasado e inicio temprano de la diabetes tipo 2). Las mujeres con diabetes gestacional se encuentran en un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Las estimaciones de ese riesgo varían ampliamente, pero la probabilidad oscila entre el 15% y el 70% a lo largo del tiempo.^{46,47}

Detección

La diabetes suele diagnosticarse mediante una prueba de glicemia. Muchos expertos a nivel mundial —entre los que se incluyen representantes de la OMS, las Naciones Unidas y países tales como Bangladesh, China, India, Sudáfrica y Tanzania— abogan por la incorporación de la detección y el tratamiento de la diabetes gestacional a la atención prenatal.^{42,48,49} El *Diabetes in Pregnancy Study Group* (grupo de estudio acerca de la diabetes en el embarazo) de la India recomienda realizar pruebas de detección a las embarazadas entre las 24 y 28 semanas de gestación.⁵⁰ La investigación ha demostrado que un manejo apropiado puede disminuir los resultados negativos para la madre y su hijo, incluido el alto peso al nacer y las complicaciones asociadas.^{49,51} Los responsables del diseño de políticas y programas deberán considerar si existe una prevalencia suficiente en sus comunidades que amerite medidas de detección universales o dirigidas, y sopesar tales consideraciones con la probabilidad de un resultado negativo para las mujeres con diabetes gestacional no detectada y no tratada. Por ejemplo, recientemente un grupo de expertos de los Estados Unidos señaló que la detección puede identificar a una gran cantidad de mujeres como diabéticas cuando no lo son, lo que es un error, y que la evidencia de complicaciones para la madre o el feto es ambigua.⁴³ No obstante, se espera que nuevos hallazgos del estudio sobre Hiperglicemia y Resultados Adversos en el Embarazo (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes -HAPO*) ayuden en el desarrollo de un test de diagnóstico simple y de amplia aplicación.⁴² Aquellas comunidades donde la obesidad y la diabetes van en aumento entre las mujeres, y donde cada vez más mujeres tienen hijos después de los 25 años, pueden presentar tasas más altas de diabetes gestacional.⁵²

Cómo prevenir la diabetes gestacional

Así como sucede con la hipertensión gestacional, existe evidencia de que intervenciones previas al embarazo centradas en la dieta y en la actividad física podrían reducir el riesgo de diabetes gestacional.⁴⁷

Tratamiento y manejo

El tratamiento de las mujeres con diabetes gestacional está diseñado para normalizar el crecimiento fetal y el peso al nacer con el fin de reducir el trauma materno y neonatal o las complicaciones en el

Fuentes de información sobre enfermedades crónicas seleccionadas y factores de riesgo

Existen muy pocos datos disponibles sobre enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad en los países en desarrollo, sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y algunos ministerios de salud están haciendo esfuerzos por cambiar esto. A continuación presentamos una lista de algunos de los mejores recursos de datos nacionales y subnacionales disponibles actualmente.

Encuestas de Demografía y Salud (EDS)

www.measuredhs.com/start.cfm

Informes completos de países, ocasionalmente incluyen datos nacionales sobre el IMC (índice de masa corporal), hipertensión, diabetes y patrones alimentarios desglosados por género, edad, lugar de residencia (zona urbana/rural), educación y condición económica. Esta información no se encuentra actualmente disponible usando la herramienta de recopilación DHS STAT.

Informes de país STEPS de la OMS

www.who.int/chp/steps/reports/en/index.html

Algunos informes de países proporcionan datos nacionales acerca de factores de riesgo de enfermedades crónicas, incluido el IMC y la hipertensión, desglosados por género, edad y lugar de residencia.

Perfiles de países de la Global InfoBase SuRF 2 de la OMS

www.who.int/infobase/surf2/country_list.html

Algunas compilaciones de datos de países acerca de factores de riesgo incluyen el consumo de tabaco, IMC, inactividad física, consumo de frutas y verduras, presión sanguínea, perfil lipídico y nivel de colesterol, y también diabetes. Los perfiles a menudo incluyen información de las EDS y STEPS, así como estudios de investigación de menor escala. Aparte de EDS y STEPS, los datos tienden a no ser representativos de la situación del país y es posible que tengan una antigüedad de varios años.

Estadísticas sobre Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial (HNPStats)

go.worldbank.org/N2N84RDV00

Este sistema de consulta de datos le permite obtener cifras por país acerca de las muertes a causa de enfermedades crónicas, la prevalencia de diabetes, obesidad y sobrepeso, así como sobre desnutrición.

Encuesta Global de salud de la OMS basada en las escuelas

www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/index.html

Hojas informativas de países seleccionados presentan de manera resumida datos sobre estudiantes de sexo femenino y masculino entre 13–15 años, en lo que respecta a higiene, conducta alimentaria, sobrepeso, actividad física, consumo de tabaco y salud mental.

parto.⁵³ El tratamiento puede incluir la administración de medicamentos, el apoyo de educadores y nutricionistas y una mayor supervisión, aunque la eficacia de estas intervenciones es poco clara.⁴³ Las recomendaciones relativas a la nutrición son similares para todas las mujeres embarazadas, incluidas aquellas que presentan diabetes gestacional.⁵³ Existe nueva evidencia de que agentes orales como *gliburida* y *metformina* son seguros y efectivos para controlar la diabetes durante el embarazo,⁵⁴ y estos medicamentos pueden ser menos costosos, más fáciles de administrar y almacenar que la insulina —ventajas importantes en el contexto de los países en desarrollo.⁵⁵

Cómo prevenir la diabetes tipo 2
En las mujeres con diabetes gestacional se recomienda la detección de la diabetes tipo 2 a las seis semanas o más después del

parto, un año después del parto y, posteriormente, cada tres años.^{47,56} La definición de diabetes gestacional es tan amplia que la diabetes tipo 2 no detectada en forma previa podría pasarse por alto, haciendo aún más importante el seguimiento.⁴⁹

También sería posible prevenir o retrasar la evolución a diabetes tipo 2 en mujeres con diabetes gestacional.^{46,47} Por ejemplo, la lactancia también ha sido asociada con niveles más bajos de glucosa y una menor incidencia de diabetes tipo 2 (así como enfermedad cardiovascular) en las mujeres.^{47,57} Los niños alimentados con leche materna también pueden presentar tasas más bajas de diabetes tipo 2.⁵⁸ Otro estudio reveló que las personas en riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 que empezaron a hacer ejercicios en forma regular y a comer principalmente frutas, verduras, lentejas y granos enteros disminuyeron su riesgo considerablemente.

Planificación familiar

Cada vez resulta más importante una correcta orientación en cuanto a las opciones de planificación familiar, ya que las mujeres de los países en desarrollo están desarrollando enfermedades crónicas a temprana edad y la demanda por servicios de planificación familiar va en aumento. Los *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos* (CME) de la OMS representan un punto de partida integral y basado en la evidencia para los proveedores de planificación familiar que trabajan en lugares donde las enfermedades crónicas ya son un problema.⁶³ Los métodos anticonceptivos hormonales combinados, seguros para la mayoría de las mujeres, han sido asociados a un riesgo levemente mayor de eventos adversos cardiovasculares en mujeres que presentan otros factores de riesgo. Las mujeres fumadoras tienen entre 3 y 11 veces más probabilidades de sufrir un ataque cardíaco que las mujeres que no fuman; se ha observado que el tabaquismo en conjunto con el uso de anticonceptivos orales aumentan tanto como 30 veces el riesgo de ataque cardíaco, particularmente en mujeres de 35 años y más.⁶⁴ Otro ejemplo: un riesgo cardiovascular ligeramente alto y evidencia limitada respecto de que el peso o IMC elevados pueden reducir la eficacia de los métodos hormonales combinados⁶⁵ hace bajar la preferencia por este método en comparación con otros en el caso de mujeres obesas, particularmente en comunidades en que existen otros métodos disponibles. Sin embargo, incluso con un mayor riesgo de fallos, la ocurrencia de un embarazo no planificado durante el uso de anticonceptivos hormonales combinados es tan poco probable que este método igualmente se considera clínicamente efectivo.⁶⁶⁻⁶⁸

A medida que las enfermedades crónicas se vuelven más comunes, será importante trabajar con los proveedores de salud para crear conciencia de los CME —incluso mediante su integración a las normas nacionales— y para saber si tienen más dudas que deban ser abordadas.

Acceso y otros aspectos relacionados con la provisión de servicios

En general, la anticoncepción es segura para la mayoría de las mujeres, incluidas aquellas con enfermedades crónicas —y, por otro lado, el embarazo no planificado representa un riesgo mucho más grave para la salud. Por lo tanto, las pautas de uso de anticonceptivos para las mujeres con enfermedades crónicas deben estar basadas

Maneras de abordar la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas en países de ingresos bajos y medios

Las políticas y programas para abordar las enfermedades crónicas en los países en desarrollo son relativamente nuevas, por lo que en muchos casos no se encuentran disponibles datos rigurosos para la evaluación. Los siguientes ejemplos, no obstante, pueden proporcionar puntos de partida para posibles intervenciones en comunidades de características similares.

Aumentar la actividad física y empoderar a los jóvenes adolescentes. En las áreas rurales de Egipto, el programa *Ishraq* hace participar a niñas de entre 13 y 15 años que no asisten a la escuela en prácticas de vóleybol, fútbol, básquetbol y hándbol dos días a la semana. El programa también incluye elementos adicionales relacionados con la salud y los derechos. Una evaluación demostró no sólo un aumento de la participación en actividades deportivas, sino que también niveles más altos de alfabetización y respaldo para oponerse al matrimonio precoz y a la mutilación genital femenina.⁵⁹ A través de la participación de niñas de una zona rural empobrecida en un programa de fútbol desarrollado originalmente para niños, la Asociación *Mathare Youth Sports* también ayudó a cambiar las normas de género y a mejorar el liderazgo de las niñas.⁶⁰

Manejar las enfermedades crónicas a través de los servicios de atención primaria de salud. Muchas personas que padecen enfermedades crónicas en Etiopía no pueden acceder a los servicios porque éstos son muy costosos o quedan demasiado alejados de sus hogares. Reconociendo este desafío, un programa comunitario de servicios de salud en Etiopía se amplió con el fin de incluir servicios para atender enfermedades crónicas. La primera clínica para la atención de enfermedades crónicas fue creada en la Universidad de Jimma el año 2000. Desde esa clínica central, el personal de más experiencia trabajó para capacitar y supervisar al personal de los centros de salud rurales de las zonas aledañas. Este enfoque ha mejorado el acceso a servicios de salud que salvan vidas, incluidos los servicios para pacientes con diabetes.⁶¹

Intervenir a nivel de las políticas. Un estudio reciente realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca de los 11 países de la región del Sudeste Asiático reveló que los gobiernos están empezando a abordar el desafío que representan las enfermedades crónicas.⁶² Por ejemplo, seis gobiernos informaron haber incluido las enfermedades crónicas en sus políticas nacionales de salud y haber desarrollado metas para monitorear los avances, incluidas medidas relacionadas con las tasas de enfermedades, la conciencia de la comunidad y la infraestructura para la atención de salud. Ocho países informaron tener una línea presupuestaria para las enfermedades crónicas, financiada por los impuestos al tabaco y al alcohol, donaciones nacionales e internacionales y el respaldo de la OMS.

en la evidencia y no presentar barreras de acceso, especialmente en comunidades en que claramente existen otros obstáculos (culturales, geográficos, financieros).

Algunas experiencias de países desarrollados han documentado cómo las pautas cambiantes y un deficiente manejo de la información acerca de las pocas complicaciones que se presentan con el uso de anticonceptivos han llevado a las mujeres a discontinuar el uso innecesariamente (“discontinuación por temor”).^{69,70} Por otro lado, algunos anticonceptivos, incluidos los hormonales combinados, tienen otros beneficios además de la prevención del embarazo no planificado. Por ejemplo, los anticonceptivos orales combinados pueden disminuir la anemia, regular el ciclo menstrual y prevenir moderadamente varios tipos de cáncer invasor.⁶⁴ También existe evidencia de que aumentar el intervalo entre los nacimientos puede ayudar a prevenir la desnutrición —lo que significa que fortalecer los programas de planificación familiar para la población general puede tener un impacto positivo frente al riesgo de enfermedades crónicas para las nuevas generaciones, como se mencionó anteriormente.⁷¹

Actualmente se desconoce en qué medida las mujeres que padecen enfermedades crónicas, incluida la obesidad, pueden ser discriminadas por los proveedores de planificación familiar o pueden dejar de acudir a los servicios de planificación familiar debido a información errónea respecto de cuáles son sus opciones, o incluso por vergüenza. Los esfuerzos por mejorar el nivel de conocimiento de los proveedores de salud acerca de las implicancias clínicas que tiene una enfermedad crónica sobre la planificación familiar podrían incluir también una evaluación de la actitud de los proveedores e incorporar intervenciones pertinentes cuando sea necesario.

La estrategia a futuro

En 2005, la OMS propuso para el año 2015 una meta de disminución adicional de 2% al año en la tasa de muertes específicas por edad atribuibles a enfermedades crónicas.⁷² El logro de esta meta a nivel mundial podría prevenir 36 millones de muertes. La mayor parte en países de ingresos bajos o medios, y casi la mitad sería en personas menores de 70 años.

Los diseñadores de políticas y los administradores de programas que trabajan en salud reproductiva pueden considerar las siguientes estrategias iniciales para abordar la creciente carga de enfermedades crónicas:

- Participar y ayudar a construir asociaciones amplias para abordar las enfermedades crónicas a nivel global, regional y nacional —incluyendo a personas ajenas al área de la salud, como aquellas de los sectores relacionados con la agricultura, la educación y el transporte.
- Mejorar los sistemas de información de salud y recolectar datos básicos mejorados acerca de variables como peso (bajo peso y sobrepeso), IMC, circunferencia de la cintura y presión arterial —y la discapacidad asociada, aspecto no estudiado— entre las personas que acceden a los servicios de salud reproductiva.
- Ayudar a formular estrategias nacionales de salud reproductiva que consideren los desafíos de las enfermedades crónicas relacionados a un contexto específico, y asegurar que las estrategias emergentes contra las enfermedades crónicas tomen en cuenta las necesidades de salud reproductiva y las desigualdades de género.
- Crear conciencia en las comunidades que buscan atención de salud reproductiva acerca de los riesgos de las enfermedades crónicas que ellos padecen y de los recursos disponibles para su prevención y tratamiento.
- Desarrollar pautas para una alimentación óptima e incorporarlas a los servicios de salud reproductiva para ayudar a alcanzar niveles apropiados de consumo en las mujeres con bajo peso y sobrepeso.
- Construir a partir de los esfuerzos colaborativos existentes con las personas que trabajan en el área del VIH/SIDA a fin de aplicar las lecciones aprendidas sobre la integración de servicios, o para facilitar las conexiones con los expertos en enfermedades crónicas que trabajan para crear servicios de atención a largo plazo.
- Considerar cómo las tecnologías emergentes, incluidas las comunicaciones a través del teléfono celular (y otros dispositivos móviles), pueden facilitar la recolección de datos, el diagnóstico y el manejo de las enfermedades crónicas.

Referencias

1. Tunstall-Pedoe H. *Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005. Disponible en: www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/.
2. United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Chronic Diseases: The Power to Prevent, The Call to Control [fact sheet]*. Washington, DC: CDC; 2009.
3. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic

- disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *The Lancet*. 2008;372(9642):940-949.
4. Australian Health Institute at the University of Sydney, The Earth Institute at Columbia University, Columbia University Mailman School of Public Health. *A Race Against Time: The Challenge of Cardiovascular Disease in Developing Economies*. New York: Columbia University; 2004.
5. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. Brussels: International Diabetes Federation; 2008. Disponible en: www.eatlas.idf.org.
6. Meetoo D. Chronic diseases: the silent global epidemic. *British Journal of Nursing*. 2008;17(21):1320-1325.
7. Ezzati M, Vander HS, Lawes CM, et al. Rethinking the “diseases of affluence” paradigm: global patterns of nutritional risks in relation to economic development. *PLoS Medicine*. 2005;2(5):e133.
8. WHO. *The SuRF Report 2: Surveillance of Chronic Disease Risk Factors: Country-Level Data and Comparable Estimates*. Geneva: WHO; 2005.
9. Miranda JJ, Kinra S, Casas JP, Davey SG, Ebrahim S. Non-communicable diseases in low- and middle-income countries: context, determinants and health policy. *Tropical Medicine & International Health*. 2008;13(10):1225-1234.
10. Hossain P, Kawar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world—a growing challenge. *New England Journal of Medicine*. 2007;356(3):213-215.
11. Prentice AM. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *International Journal of Epidemiology*. 2006;35(1):93-99.
12. Nugent R. Chronic diseases in developing countries: health and economic burdens. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1136(1):70-79.
13. Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee [Ukraine], Ministry of Health [Ukraine], Macro International Inc. *Ukraine Demographic and Health Survey 2007*. Calverton, Maryland: UCSR and Macro International; 2008.
14. Hoang VM, Byass P, Dao LH, Nguyen TK, Wall S. Risk factors for chronic disease among rural Vietnamese adults and the association of these factors with sociodemographic variables: findings from the WHO STEPS survey in rural Vietnam, 2005. *Preventing Chronic Disease*. 2007;4(2):A22
15. Daar AS, Singer PA, Persad DL, et al. Grand challenges in chronic non-communicable diseases. *Nature*. 2007;450(7169):494-496.
16. Raymond SU, Greenberg HM, Leeder SR. Beyond reproduction: women's health in today's developing world. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(5):1144-1148.
17. Ryan D. Obesity in women: a life cycle of medical risk. *International Journal of Obesity*. 2007;31(Suppl 2):S3-S7.
18. Puska P. Nutrition and mortality: The Finnish experience. *Acta Cardiologica*. 2009;55(4):213-220.
19. Li G, Zhang P, Wang J, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up. *The Lancet*. 2009;371(9548):1783-1789.
20. Sarrafzadegan N, Kelishadi R, Esmaillzadeh A, et al. Do lifestyle interventions work in developing countries? Findings from the Isfahan Healthy Heart Program in the Islamic Republic of Iran. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;87(1):39-50.
21. WHO. *Blood Pressure Measuring Devices in Low-Resource Settings*. Geneva: WHO; 2005.
22. Tuan T, Dung VTM, Neu I, Dibley MJ. Comparative quality of private and public health services in rural Vietnam. *Health Policy and Planning*. 2005;20(5):319-327.
23. Doi Y, Ninomiya T, Hata J, et al. Proposed criteria for metabolic syndrome in Japanese based on prospective evidence: the Hisayama study. *Stroke*. 2009;40(4):1187-1194.



24. Stuckler D. Population causes and consequences of leading chronic diseases: a comparative analysis of prevailing explanations. *Milbank Quarterly*. 2008;86(2):273-326.
25. Janssens B, Van Damme W, Raleigh B, Gupta J, et al. Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009;85(11):880-885.
26. United Nations Children's Fund (UNICEF). *The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*. New York: UNICEF; 2008.
27. Leeman L, Fontaine P. Hypertensive disorders of pregnancy. *American Family Physician*. 2008;78(1):93-100.
28. Atkinson JO, Mahomed K, Williams MA, Woelk GB, Mudzamiri S, Weiss NS. Dietary risk factors for pre-eclampsia among women attending Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*. 1998;44(4):86-92.
29. Edlow AG, Srinivas SK, Elovitz MA. Investigating the risk of hypertension shortly after pregnancies complicated by preeclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008;200(5):e60-e62.
30. Bellamy L, Casas JP, Hingorani AD, Williams DJ. Preeclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2007;335(7627):974
31. Lubano K, Qureshi Z. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: WHO; 2007.
32. Kaaja R. Predictors and risk factors of pre-eclampsia. *Minerva Ginecologica*. 2008;60(5):421-429.
33. Smith RA, Baker PN. Risk factors, prevention and treatment of hypertension in pregnancy. *Minerva Ginecologica*. 2005;57(4):379-388.
34. Tsu VD, Coffey PS. New and underutilised technologies to reduce maternal mortality and morbidity: what progress have we made since Bellagio 2003? *BJOG*. 2009;116(2):247-256.
35. Gavard JA, Artal R. Effect of exercise on pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2008;51(2):467-480.
36. Derbyshire E. The value of consuming a calcium-rich diet: a focus on pregnancy. *British Journal of Nursing*. 2008;17(13):856-858.
37. Qiu C, Coughlin KB, Frederick IO, Sorensen TK, Williams MA. Dietary fiber intake in early pregnancy and risk of subsequent preeclampsia. *American Journal of Hypertension*. 2008;21(8):903-909.
38. Oken E, Ning Y, Rifas-Shiman SL, Rich-Edwards JW, Olsen SF, Gillman MW. Diet during pregnancy and risk of preeclampsia or gestational hypertension. *Annals of Epidemiology*. 2007;17(9):663-668.
39. Pena-Rosas JP, Casanueva E. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: WHO; 2006.
40. Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Khan KS. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*. 2003;101(6):1319-1332.
41. Oladapo OT, Adetoro O. Drugs for treatment of very high blood pressure during pregnancy: RHL commentary. *The WHO Reproductive Health Library*. Geneva: WHO; 2006.
42. Diabetes, women, and development: Meeting summary, expert recommendations for policy action, conclusions, and follow-up actions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(Suppl 1):S46-S50.
43. Hillier TA, Vesco KK, Pedula KL, Beil TL, Whitlock EP, Pettitt DJ. Screening for gestational diabetes mellitus: a systematic review for the U.S. preventive services task force. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(10):766-775.
44. Seshiah V. Indian women run diabetes risk during pregnancy. *The Hindu*. August 17, 2004.
45. Hannan C. Women, gender equality, and diabetes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(Suppl 1):S4-S7.
46. England LJ, Dietz PM, Njoroge T, et al. Preventing type 2 diabetes: public health implications for women with a history of gestational diabetes mellitus. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(4):365.e1-365.e8.
47. Bentley-Lewis R, Levkoff S, Stuebe A, Seely EW. Gestational diabetes mellitus: postpartum opportunities for the diagnosis and prevention of type 2 diabetes mellitus. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*. 2008;4(10):552-558.
48. Coetzee EJ. Pregnancy and diabetes scenario around the world: Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(Suppl 1):S39-S41.
49. Jovanovic L. Definition, size of the problem, screening and diagnostic criteria: Who should be screened, cost-effectiveness, and feasibility of screening. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(Suppl 1):S17-S19.
50. Seshiah V, Das AK, Balaji V, Joshi SR, Parikh MN, Gupta S. Gestational diabetes mellitus-guidelines. *Journal of Association of Physicians of India*. 2006;54:622-628.
51. Snapp CA, Donaldson SK. Gestational diabetes mellitus: physical exercise and health outcomes. *Biological Research for Nursing*. 2008;10(2):145-155.
52. Seshiah V, Balaji V, Balaji MS, Paneerselvam A, Kapur A. Pregnancy and diabetes scenario around the world: India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104(Suppl 1):S35-S38.
53. Recommendations for nutrition best practice in the management of gestational diabetes mellitus. Executive summary (1). *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*. 2006;67(4):206-208.
54. Rowan JA, Hague WM, Gao W, Battin MR, Moore MP. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2008;358(19):2003-2015.
55. Coetzee EJ. Counterpoint: oral hypoglycemic agents should be used to treat diabetic pregnant women. *Diabetes Care*. 2007;30(11):2980-2982.
56. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 2007;30(Suppl 2):S251-S260.
57. Schwarz EB, Ray RM, Stuebe AM, et al. Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics & Gynecology*. 2009;113(5):974-982.
58. Taylor JS, Kacmar JE, Nothnagle M, Lawrence RA. A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. *Journal of the American College of Nutrition*. 2005;24(5):320-326.
59. Ishraq project page. Population Council website. Disponible en: www.popcouncil.org/projects/TA_EgyptIshraq.html. Última revisión el 29 de junio, 2009.
60. Brady M, Khan AB. *Letting Girls Play: The Mathare Youth Sports Association's Football Program for Girls*. New York: The Population Council; 2002.
61. Mamo Y, Seid E, Adams S, Gardiner A, Parry E. A primary healthcare approach to the management of chronic disease in Ethiopia: an example for other countries. *Clinical Medicine*. 2007;7(3):228-231.
62. WHO Regional Office for South-East Asia. *Scaling Up Prevention and Control of Chronic Noncommunicable Diseases in the Sea Region: Capacity for Noncommunicable Disease Prevention and Control in Countries of the South-East Asia Region: Results of a 2006-2007 survey*. Thimphu, Bhutan: WHO; 2007.
63. WHO. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use; Third Edition*. Geneva: WHO; 2004.
64. Burkman R, Schlesselman JJ, Ziemann M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004;190(Suppl 4):S5-22.
65. Mansour D. Implications of the growing obesity epidemic on contraception and reproductive health. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 2004;30(4):209-211.
66. Grimes DA, Shields WC. Family planning for obese women: challenges and opportunities. *Contraception*. 2005;72(1):1-4.
67. Trussell J, Schwarz EB, Guthrie K. Obesity and oral contraceptive pill failure. *Contraception*. 2009;79(5):334-338.
68. ACOG practice bulletin. No. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(6):1453-1472.
69. Goodyear-Smith F, Arroll B. Termination of pregnancy following panic-stopping of oral contraceptives. *Contraception*. 2002;66(3):163-167.
70. Trussell J, Guthrie KA, Schwarz EB. Much ado about little: obesity, combined hormonal contraceptive use and venous thrombosis. *Contraception*. 2008;77(3):143-146.
71. Siow C. Birth Spacing and Childhood Undernutrition. March 1, 2009. Disponible en: www.prb.org/Articles/2009/birthspacing.aspx. Última revisión el 1 de abril, 2009.
72. Strong K, Mathers C, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *The Lancet*. 2005;366(9496):1578-1582.

ISSN:0737-3732

Outlook es publicado por PATH, cuya misión es mejorar la salud de las personas de todo el mundo a través del desarrollo de nuevas tecnologías, el fortalecimiento de los sistemas y el fomento de conductas saludables. Algunos números se encuentran disponibles en chino, francés, hindi, portugués, ruso y español. Outlook presenta noticias sobre aspectos de salud reproductiva que son de interés para los lectores de países en desarrollo. La publicación de este número fue posible gracias al apoyo de la Fundación Hewlett. El Instituto Chileno de Medicina Reproductiva traduce, publica y distribuye la edición en español del Outlook. Las personas a cargo de la traducción y producción son Kane Sugiura y Ximena Toro. Las opiniones expresadas en este número no reflejan necesariamente los puntos de vista del donante, de los diferentes miembros de la junta asesora de Outlook, de PATH o del Instituto Chileno de Medicina Reproductiva.

Suscripciones

Para suscribirse a Outlook contacte a:
 Outlook Editor
 PATH
 1455 NW Leary Way
 Seattle, WA 98107-5136 USA
 Fono: 206-285-3500 • Fax: 206-285-6619
 Email: outlook@path.org

Números anteriores

Los números anteriores de Outlook están disponibles en línea en: http://www.path.org/projects/outlook_issues.

Junta asesora

Paul Blumenthal, MD, MPH, Johns Hopkins University, EE.UU. • Lawrence Corey, MD, Fred Hutchinson Cancer Research Center, EE.UU. • Peter J. Donaldson, PhD, Population Council, EE.UU. • Judith A. Fortney, PhD, Family Health International, EE.UU. • Mary Kawonga, MD, University of the Witwatersrand, Sudáfrica • Christine Kaseba, MD, University Teaching Hospital, Zambia • Nuriye Ortayli, MD, MPH, United Nations Population Fund EE.UU. • Roberto Rivera, MD, Family Health International, EE.UU. • Pamela Philipose, Women's Feature Service, India • Pramilla Senanayake, MBBS, DTPH, PhD, Global Forum for Health Research, Sri Lanka y Reino Unido

Contribuyeron en este número

Este número fue escrito por Jennifer Kidwell Drake. Fue editado y producido por Jennifer Kidwell Drake y Beth Balderston.

Outlook agradece los comentarios y sugerencias de los siguientes revisores: Molly Coye, Susheela Engelbrecht, Rae Galloway, Katya Gamazina, Jane Hutchings, Aisha Jumaan, Stephen McGarvey, Susan Raymond, Gajka Roglic, Jacqueline Sherris, Chairi Supornsilaphachai, Vivien Tsu y Scott Wittet.

Copyright © 2009, Programa para una Tecnología Apropriada en Salud (PATH). Todos los derechos reservados. El material contenido en este documento puede ser usado sin restricciones con fines educativos o sin fines de lucro, siempre que se incluya una cita de reconocimiento.

Impreso en papel reciclado.

