

diato independientemente de que la atención para la resolución del embarazo haya sido en forma institucional o privada. Un dato importante de señalar fue que la decisión de amamantar está influenciada por la familia (madre, suegra o decisión propia) más que por la participación del personal de salud, esto sugerido por los resultados encontrados, 24.8% de las madres aceptó que la promoción realizada por el personal tuvo verdadera influencia en su decisión de amamantar.

Este comportamiento de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva se ha encontrado asociado a diversos factores, algunos de ellos señalados por Navarro y colaboradores como son la falta de conocimiento sobre lactancia materna, el no haber amamantado previamente, el plan materno de duración de la lactancia y la falta de facilidades en el trabajo para este tipo de alimentación. Sin embargo, es de gran importancia el papel que juegan la estructura familiar y los servicios de salud.

Desde 1992 Feed y colaboradores<sup>4</sup> señalaban la actitud prenatal de los padres respecto a la lactancia materna en su estudio en el cual se encuestó a 268 varones que acudieron a clases de preparación para el parto y el cuidado de los niños; la encuesta examinó las actitudes de los padres respecto a la alimentación infantil y 58% de ellos ( $n=156$ ) contemplaron alimentar a sus hijos mediante lactancia materna, observándose que este grupo tenía más conocimiento sobre los beneficios de la lactancia, lo que favorecía una actitud positiva para este tipo de alimentación. En otro estudio publicado en 2002 por Henry Espinoza<sup>5</sup> y realizado en Nicaragua, se analizó la relación entre la estructura familiar y la prevalencia de la práctica de la lactancia materna exclusiva. Los autores encontraron que esta prevalencia era menor en las mujeres jefas de hogar y entre las que vivían en hogares cuyo jefe era el esposo de la entrevistada, lo que podría reflejar que una actitud positiva o

negativa del hombre hacia la lactancia exclusiva puede influir la decisión de la mujer respecto a amamantar a su hijo. En este mismo estudio la participación del sistema de salud no tuvo verdadera influencia en la alimentación exclusiva al seno materno.

De lo anterior podemos puntualizar que aunque existen fuertes factores asociados a la decisión de lactar, es necesario dar seguimiento y evaluar los programas orientados a coadyuvar a la lactancia materna exclusiva para establecer intervenciones que permitan reforzarlos en forma coordinada en todos los niveles de atención, pues en diversas zonas del país, como la nuestra, no han tenido el impacto esperado.

Margarita León Madrigal,  
Enfermera Materno-infantil. Clínica de Lactancia  
Materna. Hospital General de Mexicali,  
Baja California, México.

Catalina González Quintor,  
Enfermera Pediatra. Unidad de Cuidados Intensivos  
Neonatales. Hospital General de Mexicali  
y Hospital de Gineco-Pediatría y Medicina Familiar  
No. 31. Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Mexicali, Baja California, México.

Sobeida García Chávez,  
Enfermera. Unidad de Tocología del Hospital  
de Gineco-Pediatría y Medicina Familiar No. 31.  
Instituto Mexicano del Seguro Social, Mexicali,  
Baja California, México.

Carmen Gorety Soria Rodríguez, MD, M en C.  
Jefatura de Enseñanza e Investigación,  
Hospital General de Mexicali. Clínica  
de Infectología, Universidad Autónoma  
de Baja California, Mexicali, México.

## Referencias

1. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica Mex* 2003;45:276-284.
2. World Health Organization/UNICEF. Protecting, promotion and supporting breastfeeding: The special role of maternity service. Geneva: WHO; 1989. (A join WHO/UNICEF statement).
3. Naylor AJ. Iniciativa del Hospital Amigo del Niño. Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna durante el siglo XXI. En: Schanler RJ, ed. *Lactancia Materna 2001*, parte II.

- Atención de la lactancia materna. *Clinicas Pediátricas de Norteamérica*. México, DF: McGraw-Hill Interamericana, 2001;(2):485-493.
4. Feed GL, Fraley K, Schanler RJ. Actitudes prenatales de los padres con respecto a la lactancia materna. *Pediatrics* 1992;34(2):79-82. (Edición española).
  5. Espinoza H. The relationship between family structure and exclusive breastfeeding prevalence in Nicaragua. *Salud Publica Mex* 2002;44(6):499-507.

## Seroprevalencia de *Chlamydia trachomatis* en mujeres mexicanas

Señor editor: Cravioto MC y colaboradores reportaron que el porcentaje de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia trachomatis* en el suero de mujeres con infertilidad por daño tubario fue de 8.4%, concluyendo que la prevalencia de infección por este patógeno no fue elevada en este tipo de pacientes.<sup>1</sup> Sin embargo, Hubacher D y colaboradores<sup>2</sup> realizaron un estudio sobre la asociación entre el uso del dispositivo intrauterino de cobre y riesgo de infertilidad tubárica en mujeres mexicanas, demostrando que esta patología está asociada a la presencia de anticuerpos anti-*Chlamydia* más que al uso del dispositivo intrauterino. Esta conclusión la obtienen al evaluar la presencia de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* a la dilución 1:256 por inmunofluorescencia indirecta (IFI) en 1 895 sueros de mujeres mexicanas que asistieron a tres instituciones hospitalarias diferentes; los resultados reportados por estos autores describen que los anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* estuvieron presentes en 38.3% (137/358) de las mujeres infértiles con oclusión tubárica, en 35.4% (337/953) de las mujeres infértiles sin oclusión tubárica y en 22.6% (132/584) de las mujeres embarazadas. Actualmente, diversos países industrializados han introducido las pruebas serológicas anti-*Chlamydia* como un método para la detección de mujeres con infertilidad por oclusión tubárica inducida por este patógeno, con el objetivo de darle tratamiento profiláctico antes de realizarle un estudio la-

paroscópico, y encontrando que de 40 a 65% de estas pacientes presentan títulos de anticuerpos  $\geq 1:32$ .<sup>3-5</sup> Los resultados de una publicación al respecto realizada por nuestro grupo de investigación<sup>6</sup> en la que se evaluó el impacto clínico del uso de la IFI contra *C trachomatis* como un método para identificar a pacientes con infertilidad por factor tubárico demostraron que 30% de las pacientes infértiles con oclusión tubárica y 45% de pacientes con adherencias presentaron títulos de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia*  $\geq 1:128$  y que la prueba de IFI mostró una sensibilidad de 45% y una especificidad de 82% [LR(+)=2.5 y LR(-)=0.7] para detectar a las pacientes infértiles con adherencias. Otra evaluación interesante sobre los niveles de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* en pacientes infértiles con infección vaginal activa por *C trachomatis*,<sup>7</sup> fue que títulos  $\geq 1:512$  eran significativos para descubrir mujeres con infección activa por este patógeno ( $p < 0.001$ ). Además, se ha observado que 80% de las mujeres que asisten a la clínica de infertilidad del Instituto Nacional de Perinatología presentan anticuerpos IgG anti-*C trachomatis* con títulos que van desde 1:8 a 1:1024.<sup>8</sup>

Los resultados de Cravioto MC y colaboradores, no concuerdan con nuestros resultados a pesar de que el método de ELISA es de mayor sensibilidad que el de IFI. Estos autores informan que emplearon extractos crudos de cuerpos elementales del serovar de *C trachomatis* L1/440/Bu y diluciones de los sueros problemas 1:100; una cita descrita por los mismo autores<sup>9</sup> menciona que la Organización Mundial de la Salud empleando el mismo antígeno, y por el método de ELISA, encontró que la prevalencia de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* en tres centros salud de regiones diferentes (Tailandia, Eslovenia y Hungría) fue de 60% en mujeres infértiles sin oclusión tubárica y de 71% con oclusión tubárica a pesar de que se empleó una dilución de anticuerpos de 1:150, lo cual

no concuerda con los resultados de Cravioto MC y colaboradores.

También es importante señalar que dentro de la descripción del método de ELISA por parte de Cravioto MC y colaboradores, no mencionan la concentración del antígeno, y el desarrollo de esta prueba es confusa, ya que preparan la dilución de los sueros problemas en la microplaca, posteriormente adicionan el antígeno e incuban por 4 h a 35° C y, al final, adicionan el conjugado de anticuerpos anti-IgG o IgA, según sea el caso, sin embargo, ¿cómo saben que los anticuerpos que no reaccionaron con el antígeno fueron eliminados de la microplaca?

Nosotros pensamos que la evaluación realizada por Cravioto MC y colaboradores, sobre la prevalencia de anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* en pacientes con infertilidad por oclusión tubárica es baja y no es lo que sucede realmente. En México, la prevalencia de infección por *C trachomatis* es mucho mayor de lo que se piensa, y la detección cervical positiva de este germen en las pacientes infértiles es sólo indicativo de una infección local, mientras que una detección negativa no asegura que la infección por *C trachomatis* no esté ocurriendo en los órganos genitales internos, a pesar de que la paciente no muestre ningún síntoma de infección, por lo que los anticuerpos IgG anti-*Chlamydia* podrían ser útiles para describir qué individuos han estado en contacto con este patógeno, así como también para poder discriminar quiénes tienen una infección activa o no.

Fernando M Guerra Infante,  
Doctor en Ciencias.

Instituto Nacional de Perinatología.  
Departamento de Microbiología de la Escuela  
Nacional de Ciencias Biológicas del Instituto  
Politécnico Nacional. México, DF, México.

Marcela López Hurtado,  
Maestra en Ciencias.

Instituto Nacional de Perinatología. México, DF,  
México.

## Referencias

1. Cravioto MC, Matamoros O, Villalobos-Zapata Y, Peña O, García-Lara E, Martínez M et al. Prevalencia de anticuerpos anti-*Chlamydia trachomatis* y anti-*Neisseria gonorrhoeae* en grupos de individuos de la población mexicana. *Salud Publica Mex* 2003;45 (supl 5):S681-S689.
2. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor D, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Tubal infertility copper IUD use among nulligravid women. *N Engl J Med* 2001;345:561-567.
3. Mol BWJ, Collins JA, Van Der Veen F, Bossuyt PM. Cost-effectiveness of hysterosalpingography, laparoscopy, and *Chlamydia* antibody testing in subfertile couples. *Fertil Steril* 2001;75:571-580.
4. Thomas K, Coughlin L, Mannion PT, Haddad NG. The value of *Chlamydia trachomatis* antibody testing as part of routine infertility investigations. *Hum Reprod* 2000;15:1079-1082.
5. Mol BWJ, Dijkman B, Wertheim P, Lijmer J, Van Der Veen F, Bossuyt PM. The accuracy of serum chlamydial antibodies in the diagnosis of tubal pathology: A meta-analysis. *Fertil Steril* 1997;67:1031-1037.
6. Guerra-Infante FM, Carballo-Perea R, Zamora-Ruiz A, López-Hurtado M, Flores-Medina S, Miranda CG. Evaluation of an indirect immunofluorescence assay for detecting *Chlamydia trachomatis* as a method for diagnosing tubal factor infertility in Mexican women. *Int J Fertil* 2003;48:74-82.
7. Guerra-Infante FM, Flores-Medina S, López-Hurtado M, Carballo-Perea R. Sensibilidad y especificidad de la prueba serológica de inmunofluorescencia indirecta (IFI), para el diagnóstico de infecciones por *Chlamydia trachomatis* en pacientes con infertilidad. *Torre Medica* 2002;1:25-33.
8. López-Hurtado M, Guerra-Infante FM. Papel de los anticuerpos en el desarrollo de la infección por *Chlamydia trachomatis* y su utilidad en el diagnóstico. *Perinatol Reprod Hum* 2002;26:139-149.
9. World Health Organization. Task force on the prevention and management of infertility. Tubal infertility: Serologic relationship to past chlamydial and gonococcal infection. *Sex Transm Dis* 1995;22:71-77.