CARTAS AL EDITOR

Evidencia serológica de infección por *Trypanosoma cruzi* en perros atendidos en clínicas veterinarias del área conurbada de Cuernavaca, Morelos

Señor editor: La enfermedad de Chagas (EC) es una zoonosis endémica de Latinoamérica que afecta a humanos y a una diversidad de animales. El *Trypanosoma cruzi (T. cruzi)*, agente causal de la EC, es transmitido por vectores (triatomas o "chinches hociconas") que están ampliamente distribuidos en México, principalmente en áreas rurales y semiurbanas. La presencia de triatominos infectados en el hogar representa un riesgo de transmisión del *T. cruzi* a humanos y animales domésticos, como perros y gatos.[1]

Varios estudios realizados en perros domésticos y de la calle en varios países de Latinoamérica han demostrado la infección por *T. cruzi* mediante la presencia de anticuerpos específicos.[2,3] La EC en los perros es clínicamente similar a la de los humanos: la fase aguda puede ser fatal en los animales jóvenes o presentar la fase crónica con cardiopatía y muerte súbita.[4] Algunos estudios realizados en zonas endémicas han demostrado que la EC en los perros tiene una mayor prevalencia que en las personas.[5,6]

El presente estudio piloto estuvo enfocado en la detección de anticuerpos contra *T. cruzi* en el suero de 108 perros que fueron atendidos por diversas razones en 2014 en varias clínicas veterinarias del área conurbada de Cuernavaca, Morelos. Las muestras de sangre fueron tomadas por los médicos veterinarios de acuerdo con protocolos estandarizados. A los propietarios de los perros se les ofreció información sobre el objetivo del estudio, firmaron una carta de consentimiento informado y se aplicó un cuestionario con información relacionada con la EC. Los anticuerpos se detectaron mediante dos técnicas serológicas (ELISA e Inmunofluorescencia indirecta) de acuerdo con el procedimiento descrito por Portugal-García y colaboradores.[7] Con la técnica de ELISA (ensayo tamiz) se obtuvieron 17 sueros reactivos y cinco fueron confirmados por inmunofluorescencia indirecta, con una prevalencia global de 4.6%.

Los cinco perros seropositivos fueron atendidos en cinco clínicas veterinarias de Cuernavaca, Jiutepec y Acatlipa, Morelos, y todos presentaron signos de la EC como ascitis, mucosas pálidas, anorexia, inflamación abdominal, vómito y dificultad para respirar y defecar; tres fallecieron y de dos se desconoce su estado actual (cuadro I). No se hizo el estudio patológico posmortem

Cuadro I
Datos generales de los perros seropositivos a *Trypanosoma cruzi*. Morelos, México, 2014

Raza	*Edad*	*Sexo*	*Signos*	*Ubicación de la clínica*	*Lugar de crianza*	*Fallecido*
Beagle	10 años	H	Ascitis	Cuernavaca	Cuernavaca	X
Labrador	2 años	H	Ascitis, anorexia, vomito, dificultad para respirar y mucosas pálidas	Acatlipa	Xochitepec	X
Doberman	9 años	M	Ascitis, soplo y mucosas pálidas	Cuernavaca	Cuernavaca	*
Boxer	8 meses	M	Vómito, mucosas pálidas y dificultad para defecar	Jiutepec	Yautepec	X
Golden Retriever	7 años	M	Ascitis y mucosas pálidas	Cuernavaca	Cuernavaca	*

* Se desconoce su situación actual
H, hembra; M, macho

porque no fue autorizado por los dueños. No se reportó la presencia de triatomas en los hogares de los perros seropositivos y se desconoce el origen de la infección, aunque es posible que haya ocurrido en los sitios de crianza, que son localidades endémicas para la EC (cuadro I). En un estudio similar que realizamos en el estado de Veracruz en colaboración con la Universidad Veracruzana, se detectó una seroprevalencia global de 9.4% en perros de varias localidades del municipio de La Antigua (datos no publicados, 2015).

El presente estudio subraya la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica de la EC no sólo en humanos, sino también en animales domésticos, peridomésticos y silvestres en zonas endémicas del estado de Morelos. Otros estudios realizados en Sudamérica indican la importancia que tienen los animales domésticos, particularmente los perros, como reservorios del *T. cruzi*.[2,3]

Arely Mejía, Biól,[(1)]
Cruz Portugal-García, M en C,[(1)]
Verónica Chávez-López, M en C,[(1)]
Zeferino García-Vázquez, Dr,[(2)†]
Celso Ramos, Dr.[(1)]
cramos@insp.mx

[(1)] *Centro de Investigación sobre Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.*
[(2)] *Instituto Nacional de Investigaciones Forestales, Agrícolas y Pecuarias. Jiutepec, Morelos, México.*

https://doi.org/10.21199/7945

Referencias

1. World Health Organization. Control of Chagas disease: second report of the WHO Expert Committe. UNDP/World Bank/WHO. Geneva: WHO, 2002.
2. Gurtler RE, Cecere MC, Lauricella MA, Cardinal MV, Kitron U, Cohen JE. Domestic dogs and cats as sources of *Trypanosoma cruzi* infection in rural northwestern Argentina. Parasitology 2007;134:69-82.
3. Enríquez GF, Cardinal MV, Orozco MM, Schijman AG, Gurtler, RE. Detection of *Trypanosoma cruzi* infection in naturally-infected dogs and cats using serological, parasitological and molecular methods. Acta Trop 2013;126:211-217.
4. Quijano-Hernández IA, Castro-Barcena A, Aparicio-Burgos E, Barbosa-Mireles MA, Cruz-Chan JV, Vázquez-Chagoyán JC, *et al.* Evaluation of clinical and immunopathological features of different infective doses of *Trypanosoma cruzi* in dogs during the acute phase. Scientific World J 2012. http://doi.org/10.1100/2012/635169
5. Carabarin-Lima A, González-Vázquez MC, Rodríguez-Morales O, Baylón-Pacheco L, Rosales-Encina JL, Reyes-López PA, *et al.* Chagas disease (American tripanosomiasis) in Mexico: an update. Acta Trop 2013;127:126-135.
6. Estrada-Franco JG, Bhatia V, Díaz-Albiter H, Ochoa-García L, Barbosa A, Vázquez-Chagoyán JC, *et al.* Human *Trypanosoma cruzi* infection and seropositivity in dogs, Mexico. Emerg Infect Dis 2006;12:624-630.
7. Portugal-García C, García-Vázquez Z, Monteón-Padilla V, Chávez-López V, Olamendi-Portugal M, Ramos C. Anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* en humanos y perros y presencia del parásito en *Meccus pallidipennis* en la localidad de Puente Pantitlán, Morelos, México. Rev Biomed 2011;22:67-75.

Intimidación escolar, ideación e intento suicida en adolescentes colombianos

Señor editor: Boyacá es uno de los 32 departamentos de Colombia, y a pesar de que en su territorio no es común que se presente violencia política, ésta se manifiesta en contextos familiares y escolares. Para 2014 se realizaron en Colombia 10 402 dictámenes de violencia, en los cuales los jóvenes de 12 a 17 años son los más afectados.[1] Durante 2015, en el país el suicidio fue una de las causas de muerte más frecuente en los adolescentes.[2] En 2010, Bocayá fue el segundo departamento con mayor cantidad de suicidios (74) 61 de hombres y 13 de mujeres.[3] A pesar de las estrategias implementadas para prevenir la problemática, ésta sigue en aumento.[4]

La revisión documental [5-7] mostró que la intimidación escolar es un factor de riesgo de la conducta suicida,[8] por lo cual se buscó determinar la presencia y relación entre la intimidación escolar y el intento e ideación suicida en un grupo de jóvenes colombianos.

La muestra fue de 1 291 estudiantes (705 mujeres y 576 hombres) de una población de 85 444, de tres ciudades del departamento, seleccionados mediante muestreo probabilístico estratificado.[9] Los instrumentos utilizados fueron Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa,[10] Cuestionario breve para detectar intimidación escolar[11] y Cuestionario Sociodemográfico, el cual consta de seis preguntas relacionadas con intento suicida, maltrato físico, psicológico y sexual.

Los datos revelaron que 199 estudiantes (15.4%) presentaron ideación suicida negativa; de este total, 119 (60%) son mujeres. De los participantes entre 14 y 17 años (198), 15.5% ha intentado suicidarse, aspecto que debe ser tenido en cuenta para tomar medidas preventivas, ya que según la encuesta nacional de salud mental de Colombia en 2015,[3] 10% de los adolescentes que han intentado suicidarse se suicidarán en los siguientes 10 años.

Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para determinar si la diferencia entre quienes han intentado suicidarse y quiénes no es significativa. Los resultados indicaron que 40% de quienes han intentado suicidarse posee alta sintomatología de ansiedad, depresión y estrés post traumático, y 14% en el grupo de quienes no han intentado suicidarse.

Cabe señalar que 100% de los participantes ha sufrido intimidación; la forma que más se presenta es verbal, resultados que corroboran que la amenaza es la forma más frecuente de intimidación.[12] El 66% de quienes no presentan riesgo de ideación suicida tienen un bajo nivel de victimización, mientras que las víctimas de intimidación exhiben un alto porcentaje (47.8%) de riesgo de ideación suicida.[5-7]

En futuras investigaciones se sugiere analizar la conducta suicida y otras modalidades de intimidación, el rol de padres, docentes y el

Proyecto de Ley 201 de 2012, por el cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar, en Colombia. Haber trabajado con estudiantes de un solo departamento y de colegios públicos es un aspecto que impide generalizar los hallazgos; se sugiere para próximos estudios la elección de muestras representativas e incluir participantes de colegios privados.

Agradecimientos

Agradecimiento a la Fundación para la Promoción de la Investigación y la Tecnología del Banco de la República, quien financió este proyecto, y al semillero PAIDEIA, especialmente a Nancy Paola Barrera Pachón y María Cecilia León.

Mildred Alexandra Viancha-Pinzón, M en Psic,[(1)] *maviancha@uniboyaca.edu.co,*
Lizeth Cristina Martínez-Baquero, M en Psic Clín,[(2)]
Mónica Patricia Pérez-Prada, M en Educ,[(3)]
Bertha Lucía Avendaño-Prieto, M en Psic.[(4)]

[(1)] *Dirección del Programa de Psicología, Universidad de Boyacá. Colombia*
[(2)] *Dirección de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Humanas y Educativas, Universidad de Boyacá. Colombia*
[(3)] *Coordinación de Proyección Social, Facultad de Ciencias Humanas y Educativas, Universidad de Boyacá. Colombia*
[(4)] *Grupo GAEN, Facultad de Psicología, Universidad Católica de Colombia. Colombia.*

http://doi.org/10.21149/8268

Referencias

1. Ricaurte Villota AI. Violencia contra niños, niñas y adolescentes. En: FORENSIS 2014. Datos para la vida. Herramienta para la interpretación, intervención y prevención de lesiones de causa externa en Colombia. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2015;16(1):181-201. [consultado el 28 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b
2. Ministerio de Salud (MINSALUD). Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015 [Internet]. Colombia.1. Bogotá: Javegraf, 2015 [consultado el 20 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/normas-vancouver-buma-2013-guia-breve.pdf.
3. Chica Urzola HL. La respuesta de muchos, la experiencia de la vida: el suicidio. En: FORENSIS 2010. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011;12(1). [consultado el 1 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/34438/6+SUICIDIO.pdf/3904b04a-4a47-40f6-8359-9a4d837091254. Vianchá MA, Bahamón MJ, Alarcón LL. Variables psicosociales asociadas al intento suicida y suicidio en jóvenes. Tesis Psicológica [Internet] 2013;8(1):112-123 [consultado el 8 de abril de 2016]. Disponible en: http://publicaciones.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291/287
5. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. BMJ 1999;319:348-351. https://doi.org/10.1136/bmj.319.7206.348
6. Cano P, Gutiérrez C, Izama M. Tendencia a la violencia e ideación suicida en adolescentes escolares en una ciudad de la Amazonía peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2009;26(2):175-181.
7. Velarde C, González M. Los adolescentes que sufren acoso escolar tienen más ideas suicidas. Evid Pediatr 2011;7(59):2-4 [consultado el 15 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/acosoes.pdf
8. Hernández M, Gutiérrez M. Factores de riesgo asociados a la intimidación escolar en instituciones educativas públicas de cuatro municipios del Valle del Cauca. Año 2009. Rev Colomb Psiquiatr 2013;42(3):238-247. https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70016-7
9. Hernández R, Fernández C, Baptista, M. Metodología de la investigación. 5ta ed. México DF: Mc Graw Hill, 2010.
10. Villalobos F. Ideación suicida en jóvenes: formulación y validación del modelo integrador explicativo en estudiantes de educación secundaria y superior [Internet]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada, 2009 [consultado el 25 de enero de 2016]. Disponible en: http://hera.ugr.es/tesisugr/1805982x.pdf
11. Semenova N, Cardenas N, Berbesí D. Detección de un cuestionario breve para detectar intimidación escolar. Revista CES de Psicología [Internet] 2012;5:70-78 [consultado el 20 de agosto de 2016]. Disponible en: http://revistapsicologia.ces.edu.co/
12. Mora ML, Avendaño BL. Efecto del protocolo de intervención modificado por Henao y Pérez para el manejo de situaciones de acoso escolar y promoción de la conducta prosocial en niños y niñas de una institución educativa distrital (tesis). Colombia: Universidad Católica de Colombia, 2013.

Sobrepeso y obesidad en estudiantes de medicina. ¿Un nuevo reto al sistema de salud peruano?

Señor editor: La obesidad representa un desafío para la salud pública en todo el mundo.[1] Entre 1975 y 2014, la prevalencia global de obesidad en adultos aumentó de 3.2 a 10.8% en hombres, y de 6.5 a 14.9% en mujeres.[1] De continuar esta tendencia, se pronostica que para 2025 la prevalencia alcanzará 18% en los hombres y superará 21% en mujeres a nivel mundial.[1] Este panorama es preocupante puesto que la obesidad se ha visto asociada a diversas enfermedades crónicas no transmisibles que en conjunto ocasionan cerca de 38 millones de muertes cada año.[2]

En vista de ello, la futura generación de médicos tendrá un rol protagónico en la lucha para reducir la obesidad. Estos, además de educar, deberán apoyar y dirigir a sus pacientes con sobrepeso hacia estilos de vida saludables. Sin embargo, la evidencia cientifica demuestra una realidad susceptible de cambio en los estudiantes de medicina, quienes muestran un índice de masa corporal (IMC) elevado debido a estilos de vida no saludables, tales como el sedentarismo, poca actividad física, estrés, ingesta de comida rápida, entre otros.[3,4]

Para conocer los factores asociados con el sobrepeso y la obesidad en estudiantes de medicina se realizó un estudio en 75 estudiantes del cuarto año de medicina humana de Ica, Perú. Se midió el peso y la talla para calcular el IMC (peso [kg]/altura^2 [m^2]), considerando como normal 18-24.9 kg/m^2, con sobrepeso 25-29.9 kg/m^2 y con obesidad ≥30 kg/m^2. Se aplicó un cuestionario prediseñado de 10 preguntas respecto a estilos de

vida, consumo de alcohol y tabaco, alimentación y antecedentes familiares con sobrepeso u obesidad. El análisis se realizó mediante Stata 14.0 (StataCorp; College Station, TX). El índice nutricional fue categorizado en normopeso y sobrepeso/obesidad, las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes, se realizaron modelos de regresión crudos y ajustados. Se consideró el valor de $p<0.05$ como estadísticamente significativo.

Nuestros resultados en el cuadro I muestran que 30 estudiantes (40%) tienen sobrepeso u obesidad, de los cuales 23 son hombres (76.67%). En el análisis bivariado se encontraron diferencias significativas de los estudiantes con sobrepeso/obesidad con respecto al sexo masculino (RPc=2.19), tiempo de comer menor a 20 minutos (RPc=2.38), comer fuera de casa (RPc=2.05), consumo de alcohol (RPc=2.45) y consumo de tabaco (RPc=2.87).

En el análisis multivariado, comer en menos de 20 minutos (RPa=2.31) estuvo asociado a 1.31 veces más prevalencia de sobrepeso y obesidad;[5] ya que al comer de manera rápida se acumulan calorías en exceso,[6] y por ende genera incremento de peso. Asimismo, otro factor encontrado es el consumo de tabaco (RPa=2); el cual duplica la probabilidad de tener obesidad.

Los hallazgos de nuestra investigación y en la literatura resaltan la necesidad de desarrollar políticas en promoción de la salud hacia los estudiantes de medicina, quienes, además de obtener conocimientos, deberán ejercer aptitudes y comportamientos de estilos de vida saludables. Esperamos que a través de estos resultados se les logre concientizar, haciéndoles entender que son pilares fundamentales en la disminución del sobrepeso a nivel mundial.

J. Smith Torres-Roman, Est Med Hum,[1,2]
jstorresroman@gmail.com
Luis M. Helguero-Santín, Est Med Hum,[3]
Janina Bazalar-Palacios, L en Enferm,[4]
Jose L. Avilez, Est Matemáticas,[5,6]
Carlos Alberto Dávila-Hernández, MC.[1]

[1] Facultad de Medicina, Universidad Nacional San Luis Gonzaga, Ica, Perú.
[2] CONEVID, Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
[3] Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Piura, Piura, Perú.
[4] Instituto de Investigación, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Chimbote, Perú.
[5] CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
[6] Facultad de Matemáticas, Universidad de Waterloo. Ontario, Canadá.

http://doi.org/10.21149/8277

Referencias

1. Collaboration NRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. The Lancet 2016;387(10026):1377-1396. http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X
2. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases 2014. Switzerland: WHO, 2014.
3. Boo N, Chia G, Wong L, Chew R, Chong W, Loo R. The prevalence of obesity among clinical students in a Malaysian medical school. Singapore Med J 2010;51(2):126.
4. Gopalakrishnan S, Ganeshkumar P, Prakash M, Amalraj V. Prevalence of overweight/obesity among the medical students, Malaysia. Med J Malaysia 2012;67(4):442-444.

Cuadro I
Características y factores asociados de los estudiantes de medicina con sobrepeso u obesidad. Ica, Perú, 2016

Características	*Sobrepeso/obesidad*	*Análisis RP(IC95%)*	
	n(%)	*RPc(IC95%)*	*RPa(IC95%)*
Sexo masculino	23 (76.67)	2.19 (1.07-4.47)*	1.14 (0.48-2.7)
Correr más de de 30 minutos al día	28 (93.33)	0.78 (0.28-2.2)	
Comer en menos de 20 minutos	24 (80)	2.38 (1.1-5.13)*	2.31 (1.25-4.27)*
Consumo de frutas y verduras diariamente	13 (43.33)	1.14 (0.65-2.00)	
Comer fuera de casa	20 (66.67)	2,05(1.11-3.79)*	1.37 (0.7-2.7)
Tomar ocho vasos de agua o más diariamente	17 (56.67)	1.2 (0.68-2.12)	
Consumo de bebidas azucaradas	9 (30)	1.58 (0.9-2.75)	
Consumo de alcohol al mes	19 (63.33)	2.45 (1.36-4.41)*	1.63 (0.74-3.59)
Consumo de al menos un cigarrillo al mes	6(20)	2.87 (2.07-3.98)‡	2 (1.17-3.4)*
Control del peso al mes	26 (86.67)	0.56 (0.29-1.07)	
Familiares obesos de primera generación	18 (60)	1.38 (0.77-2.46)	

RPc: Razón de prevalencias crudas RPa: Razón de prevalencias ajustadas; IC95%: Intervalo de confianza al 95% y valor *p* obtenidos con modelos lineales generalizados, con familia Poisson, función de enlace log, modelos robustos

* valor $p<0.05$
‡ valor $p<0.01$

5. Ohkuma T, Hirakawa Y, Nakamura U, Kiyohara Y, Kitazono T, Ninomiya T. Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis. Int J Obes 2015;39(11):1589-1596. http://doi.org/10.1038/ijo.2015.96
6. Park S, Shin WS. Differences in eating behaviors and masticatory performances by gender and obesity status. Physiol Behav 2015;138:69-74. http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.10.001

Disfunción familiar en pacientes con intento de suicidio en el área de urgencias pediátricas

Señor editor: El intento de suicidio (IS) por adolescentes es una realidad[1] que requiere atención médica urgente porque ocasiona daños a la salud y la sociedad.

La OMS alerta sobre el incremento en las tasas, y México es el país con el mayor crecimiento.[2] El suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 19 años a nivel mundial y de las tres principales causas en México en este mismo grupo. Estos fallecimientos prematuros prevenibles evidencian la necesidad de tomar medidas para evitarlos.[3] El conocimiento de las características personales y familiares de los menores que intentan suicidarse aporta elementos importantes para el análisis de los mecanismos involucrados en este problema.[4]

En el Hospital General Regional No. 1, de Chihuahua realizamos un estudio sobre IS en pacientes de urgencias pediátricas y su relación con disfunción familiar. Esta última está presente en problemas socioculturales y de salud,[5,6] y es detectable y tratable. El estudio (observacional, comparativo, de casos y controles, con muestreo determinístico consecutivo), consideró como casos a pacientes que refirieran lesión autoinfligida o con el objetivo de acabar con su vida. Se evaluó el funcionamiento familiar del paciente en diferentes áreas y de algún familiar, mediante el instrumento FF-SIL.[7]

En seis meses se excedió el tamaño mínimo de muestra (14), lo que superó los registros del año anterior. Se excluyeron cinco casos, con lo cual se obtuvo un total de 20 casos y 40 controles de la misma edad y sexo. Los pacientes con IS tenían una edad media de 13.35 años, 95% cursaba la secundaria, 85% eran mujeres, 50% contaba con familiares con desórdenes psiquiátricos, 60% había estado en contacto con alcohol, tabaco o drogas. El principal desencadenante del IS (25%) fue la discusión o pelea con los padres y el método de realización más socorrido fue la ingesta de medicamentos tipo benzodiacepinas; 35% de éstos llegó a intoxicación medicamentosa.

La tipología familiar es similar entre casos y controles, descartando la asociación de IS con familias monoparentales, reconstruidas o modernas,[4] características posiblemente originadas por la alta incidencia de divorcios y por la existencia de madres trabajadoras en el estado de Chihuahua.

De los pacientes con IS, 35% refiere que su familia es disfuncional, contra 10% en las familias de los pacientes control (χ^2=5.56, p=0.018). Sólo 5% de los familiares de pacientes con IS percibió disfunción familiar. Tanto pacientes con IS como sus familiares denotan deficiencia de afecto en su sistema familiar, no así los pacientes control o familiares de éstos, por lo que se puede considerar el afecto como un factor familiar protector contra IS en adolescentes (figuras 1 y 2).

Es importante mencionar que se observó subregistro del IS; predominio de horario nocturno; manejo heterogéneo del paciente, críticas y castigos por parte del personal de salud; ausencia de un área adecuada para la atención del IS; una vez dados de alta no se da seguimiento, lo que da pie a la recurrencia.

Sugerimos estudios de incidencia y prevalencia del IS en el nosocomio. Es preciso elaborar estrategias preventivas en torno al perfil del paciente en riesgo, trabajando como factor protector el afecto familiar; asimismo, es importante desarrollar la sensibilización del personal de salud

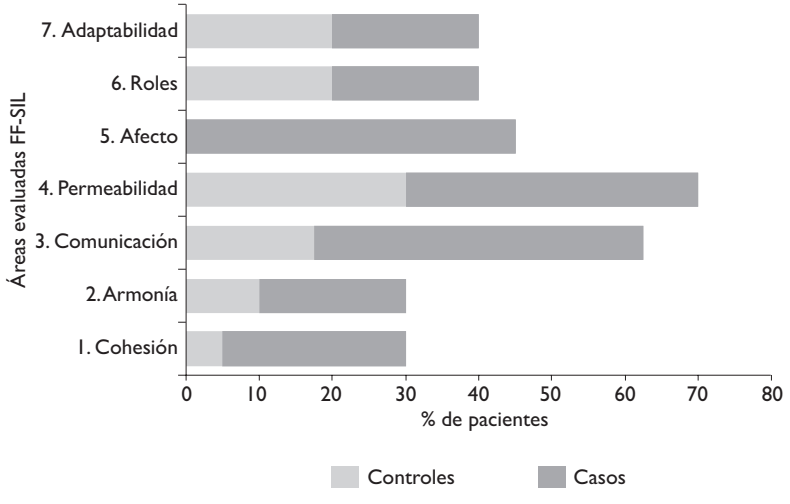


Figura 1. Áreas afectadas del test FF-SIL en pacientes en el área de Urgencias Pediátricas del Hospital General Regional No.1. México, noviembre 2013 a mayo 2014

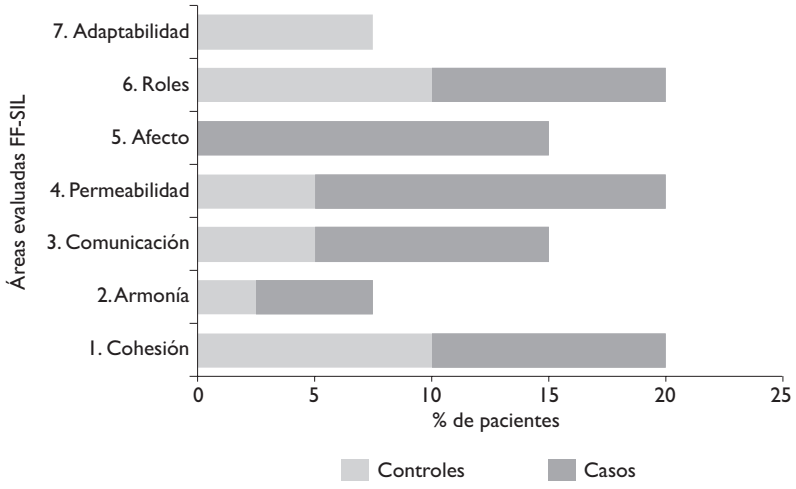


Figura 2. Áreas afectadas en el test FF-SIL en familiares de pacientes del área de Urgencias Pediátricas del Hospital General Regional No.1.México, noviembre 2013 a mayo 2014

sobre la patología, así como hacer énfasis en el manejo integral, valoración y seguimiento por el médico familiar.

Andrea Vanessa Ruiz Rodríguez, D en M Fam,[(1)]
andreavrzrz@hotmail.com
Ana Marlend Rivas Gómez, D en M Fam.[(1)]

[(1)] *Unidad Médica Familiar 33. Chihuahua, Chihuahua, México.*

https://doi.org/10.21149/8326

Referencias

1. Campo G, Roa JA, Pérez Á, Salazar O, Piragauta C, López L, *et al.* Intento de suicidio en niños menores de 14 años atendidos en el Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica 2003;34(1):9-16.
2. Villa-Manzano AI, Robles-Romero MÁ, Gutiérrez-Román EA, Martínez-Arriaga MG, Valez-Toscano FJ, Cabrera-Pivaral CE. Magnitud de la disfunción familiar y depresión como factores de riesgo para el intento de suicidio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009;47(6):643-646.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio [documento en internet]. Aguascalientes: INEGI, 2015 [consultado en 2014]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf
4. Valdivia PM, Schaub MC, Díaz MP. Intento de suicidio en niños: algunos aspectos biogeográficos. Rev Chil Pediatr 1998;69(2):64-67.
5. Hernández-Castillo L, Cargill-Foster NR, Gutiérrez-Hernández G. Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. Salud en Tabasco 2012;18(1):14-24.
6. Marrero LV. La familia como objeto de estudio en el proceso de salud-enfermedad de los trabajadores. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2004;5(1):62-67.
7. Ortega-Veitia T, de la Cuesta-Freijounil D, Díaz-Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. Rev Ciberna Enfermer 1999;15(3):164-168.

Las enfermedades crónicas y el gasto asegurado en Colombia

Señor editor: En el presente documento se envían algunos resultados sobre el gasto asegurado en Colombia durante los años 2010, 2012 y 2014. Éstos se obtuvieron de los registros de cada uno de los servicios médicos de una entidad promotora de salud (EPS) perteneciente al régimen contributivo que cubre aproximadamente a 880 000 afiliados. Cabe destacar que 80% de los asegurados gana menos de tres salarios mínimos, lo que hace que los datos sean representativos de empleados formales de bajos ingresos.

A nivel mundial es conocido que las enfermedades crónicas tienen el mayor porcentaje del gasto de los servicios de salud,[1] y que están concentradas en adultos mayores.[2] En Colombia no hay una estimación sobre cuál es la participación de las enfermedades crónicas en el gasto asegurado.

La letalidad de las enfermedades crónicas es muy alta. Entre 2005 y 2013, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte y generaron 26.95% de las defunciones masculinas y 33.90% de las femeninas;[3] aportaron 16.13% de todos los años de vida potencialmente perdidos (AVPP). Adicionalmente, de acuerdo con proyecciones oficiales, el proceso de envejecimiento de la población es acelerado. Se estima que, para 2020, 8.5% de la población tendrá 65 años o más, tasa que se ha casi duplicado en los últimos 25 años.

Gracias a un convenio académico con una EPS que nos permitió usar sus registros contables de facturación, fue posible identificar, para cada individuo que recibió al menos un servicio financiado por el sistema de salud, si tenía o no enfermedades crónicas y cuáles eran. La identificación se hizo replicando el algoritmo clasificador de los Centros Medicare & Medicaid Services (CMS),[4] que identifica 25 enfermedades crónicas acorde a los códigos diagnósticos CIE-10.

Al relacionar el número de enfermedades crónicas con el gasto incurrido en los servicios de salud de los afiliados, se evidenció que 80.4% de los individuos del análisis no presentaba ninguna enfermedad crónica (2014), y les correspondía un gasto aproximado de 50.6% (cuadro I). A diferencia de esto, las personas con dos condiciones crónicas, representaban 3.5% e incurrían en 13% de los gastos en salud. De manera similar ocurre con las personas que padecen 3 y 4 condiciones. En definitiva, 49.4% de los recursos está distribuido en 19.6% de la población que sufre una o más enfermedades crónicas.

Cuadro I

Porcentaje del número de afiliados y del gasto total según enfermedades crónicas (afiliados que accedieron a un servicio en la entidad promotora de salud). Colombia, 2010-2014*

Número de condiciones crónicas	*Número de afiliados (%)*			*Pagos totales (%)*		
	2010	*2012*	*2014*	*2010*	*2012*	*2014*
0	81.8	81.9	80.4	53.8	52.7	50.6
1	12.7	13.2	14.5	22.9	23.7	24.0
2	3.7	3.5	3.5	12.0	12.2	13.0
3	1.3	1.0	1.1	6.2	6.6	7.1
4	0.4	0.3	0.3	2.9	3.0	3.2
5	0.1	0.1	0.1	1.5	1.2	1.3
6	0.0	0.0	0.0	0.5	0.4	0.5
7 o más	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: cálculos propios

* Enfermedades crónicas identificadas: cánceres (de mama, colorrectal, prostático, de pulmón y de endometrio), hipotiroidismo adquirido, Alzheimer y trastornos relacionados por demencia senil, anemia, asma, fibrilación auricular, hiperplasia prostática benigna, cataratas, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y bronquiectasias, depresión, diabetes, glaucoma, insuficiencia cardiaca, fractura de cadera o pélvica, hiperlipidemia, hipertensión, enfermedad isquémica del corazón, osteoporosis, artritis reumatoide u osteoartritis, y accidente cerebrovascular o un ataque isquémico transitorio

Estos resultados sugieren que los aseguradores del sistema de salud colombiano tendrán que desarrollar modelos de atención diferentes paras las enfermedades crónicas si quieren ser sostenibles financieramente ante la inminente tendencia al envejecimiento en Colombia.

Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por el Departamento de Ciencia, Tecnología e Innovación Colciencias bajo el proyecto de Joven Investigador.

Sergio Iván Prada, PhD,[(1)]
siprada@proesa.org.co
Ana Melissa Pérez Castaño, MSc.[(2)]

[(1)] *Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (Proesa). Cali, Colombia.*
[(2)] *Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-Universidad Icesi. Cali, Colombia.*

http://doi.org/10.21149/8379

Referencias

1. Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppa M, *et al.* Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev 2011;68(4):387-420. https://doi.org/10.1177/1077558711399580
2. Erdem E, Prada SI, Haffer SC. Medicare payments: How much do chronic conditions. Medicare Medicaid Res Rev 2013;3(2):1-15.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2015. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, 2015.
4. Centros Medicare & Medicaid Services. Chronic Conditions Data Warehouse, Condition Algorithms. CMS 2011:1-11.

Nacimiento de niños pequeños para la edad gestacional

Señor editor: Ya que la prevalencia de niños pequeños para la edad gestacional (PEG) es casi siempre inversamente proporcional al grado de desarrollo socioeconómico,[1] aquí se presentan resultados de una investigación sobre todos los recién nacidos (40 454) entre 2002 y 2009 en el Hospital Público Materno Infantil de la provincia de Salta, al norte de Argentina, una de las zonas menos desarrolladas del país. En el último decenio nacieron, en promedio, 30 000 niños al año: 68% en el sector público y 47% en este hospital. El objetivo fue determinar la influencia de factores preconcepcionales, concepcionales y del proceso de atención a madres residentes en el municipio capital en el peso para la edad gestacional de sus hijos.[2-4]

Se describió la prevalencia del bajo peso al nacer y la adecuación del peso para la edad gestacional. Se calculó la razón de ocurrencia del nacimiento de PEG según factores estudiados y se desarrolló un modelo explicativo de dicho nacimiento. Se encontró que 68.5% presentó peso adecuado al nacer, mientras que 19.6% presentó peso insuficiente: 0.5% < 1 000 g; 0.7% entre 1 000 y 1 499 g, y 6.1% entre 1 500 g y < 2 500 g, lo que totalizó 7.3% de nacimientos < 2 500 g.

La prevalencia promedio de PEG fue de 10%. Ésta resultó más alta al principio del periodo y disminuyó hacia el final; se observó aumento de los grandes para la edad gestacional a través del tiempo. A su vez, 43% de los que presentaron bajo peso al nacer y la mayoría con peso insuficiente nacieron a término. Mujeres solas tuvieron predominio de niños con peso insuficiente, y menor proporción de pesos adecuados y altos al nacer, con diferencias estadísticamente significativas. Seis de cada 10 embarazadas presentaron nivel de instrucción inadecuado, y el peso de sus hijos al nacer resultó significativamente menor. Un bajo IMC pregestacional mostró asociación con el nacimiento de PEG. Por su parte, 32% de los embarazos fueron capta-

dos de manera precoz. A partir de la razón de ocurrencia del nacimiento de PEG y del modelo de regresión logística, se expresó con una probabilidad de 82% que el nacimiento de PEG se asoció a madres con 11 años o menos de educación formal, estatura inferior a 150 cm; IMC pregestacional <18.5; ganancia de peso insuficiente, y captadas tardíamente por el sistema de salud. Estos resultados permiten a la provincia focalizar la atención promoviendo un control prenatal oportuno.

Mónica Elena Couceiro, D en Nutr,[(1)]
monicacouceiro@yahoo.com.ar
Laura Beatríz López, D en Nutr.[(2)]

[(1)] *Universidad Nacional de Salta. República Argentina.*
[(2)] *Universidad de Buenos Aires. República Argentina.*

http://doi.org/10.21149/8255

Referencias

1. Morano J. Tratado de pediatria. 3a ed. Buenos Aires: Editorial Atalante, 2004.
2. Ferrero F, Ossorio MF. Conceptos de Pediatria. 4a ed. Buenos Aires: Editorial Corpus, 2008.
3. Couceiro M, Zimmer M, Passamai M, Villagrán E, Valdiviezo M, Tinte E. Determinantes preconcepcionales maternos del peso del recién nacido. Antropo 2010;23:77-87.
4. Salcedo G, Couceiro M. Factores de riesgo del estado nutricional al nacer. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2012;31(1):4-12.

Participación del personal de cocina en la diseminación de microorganismos en comedores de escuelas de tiempo completo

Señor editor: El Programa de Escuelas de Tiempo Completo (ETC) en México es un nuevo modelo de escuela pública basado en la ampliación de la jornada escolar para reforzar una estrategia pedagógica integral del plan académico.[1] Como consecuencia de la extensión del horario escolar, las ETC han implementado en su plantel el servicio de alimentación (SA) para impulsar el valor de una cultura de vida saludable, lo cual beneficia a más de 3.6 millones de alumnos pertenecientes a 24 507 escuelas (61% de cobertura nacional) en México.[1]

La Secretaría de Salud define a la inocuidad como una condición obligatoria que debe asegurarse en la cadena alimentaria mediante la aplicación de buenas prácticas higiénicas (BPH) con la finalidad de brindar un alimento inocuo (libre de contaminantes microbiológicos, físicos y químicos) que no ponga en riesgo la salud del consumidor.[2]

Un gran reto de la inocuidad de los alimentos preparados en el SA de las ETC es el riesgo de la contaminación por microorganismos patógenos debido a deficiencias en la aplicación de BPH por parte del personal de cocina, lo que favorece el desarrollo de enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA).[3] En el periodo 2012-2016, se suscitaron brotes de ETA en las ETC en Sinaloa, cuya etiología se atribuyó a *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*; sin embargo, no se identificó la fuente de contaminación de los alimentos implicados.[4-6]

La presente investigación determinó la presencia de microorganismos potencialmente patógenos en heces y manos del personal encargado de la preparación de los alimentos en ETC de Sinaloa. El estudio se realizó en Culiacán, Sinaloa en el periodo de octubre de 2015 a marzo de 2016. Participó voluntariamente un total de 28 personas del sexo femenino, a quienes se tomó una muestra de heces y de superficie de manos, con lo cual se obtuvo un total de 56 muestras para la detección de *Salmonella*, coliformes totales y *E. coli* mediante las técnicas descritas en el Manual Analítico Bacteriológico.[7,8] Se realizó una prueba-χ^2 para la asociación del microorganismo con su origen. Un valor de $p<0.05$ se consideró como significativo.

Los resultados mostraron la presencia de *Salmonella* (7.2%) y coliformes (67.9%) en las muestras de manos de las 28 personas, y la cuantificación de coliformes estuvo en el rango de 25-5 175 UFC/cm^2. Cabe señalar que la normativa vigente no establece un límite de aceptación de estos microorganismos en las manos de los preparadores de alimentos;[2] sin embargo, su presencia representa riesgos de diseminación de estas bacterias.

Adicionalmente, en las muestras de heces se detectó *Salmonella* en 17.9% mientras que *E. coli* y coliformes en 100% de las mismas. El cuadro I muestra los patrones de detección de microorganismos (P1-P5). Los

Cuadro I
Asociación entre la presencia de microorganismos en manos y en heces del personal de cocina. Culiacán, México, marzo 2016*

Personal (%) (n=28)	Patrón	Salmonella		E. coli		Coliformes	
		Heces	Manos	Heces	Manos	Heces	Manos
3.6 (1)	P1	■	■	■	□	■	■
3.6 (1)	P2	■	■	■	□	■	□
10.7 (3)	P3	■	□	■	□	■	□
64.3 (18)	P4	□	□	■	□	■	■
17.8 (5)	P5	□	□	■	□	■	□

* La coloración de los cuadros indica la presencia (■) o ausencia (□) del microorganismo

patrones P1, P2 y P4 sugieren una relación del origen fecal de *Salmonella* y coliformes en las manos, lo que podría estar asociado a deficiencias en la forma correcta o frecuencia del lavado de manos de 71.5% del personal evaluado. El análisis estadístico respalda este argumento, dado que reveló una asociación significativa ($p<0.05$) de la presencia del microorganismo en manos y heces del personal.

Los hallazgos de esta investigación muestran la importancia de que el personal reciba capacitación continua y se adhiera a las BPH para asegurar la inocuidad alimentaria.[2] La presencia de *Salmonella*, *E. coli* y coliformes en manos del personal representa un gran riesgo de diseminación de estas bacterias al entorno, incluyendo el alimento listo para el consumo. Como consecuencia, lo anterior puede generar efectos nocivos sobre la salud de los niños que son alimentados en las ETC. Dado que previamente se han reportado brotes de ETA en comedores escolares, es recomendable diseñar manuales de BPH específicos para su uso en este tipo de establecimientos. Por todo esto, los resultados obtenidos identifican un área de oportunidad para garantizar la inocuidad de los alimentos ofrecidos en comedores escolares.

Gloria Marisol Castañeda-Ruelas, Dra,[(1)]
Maribel Jiménez-Edeza,[(1)]
mjimeneze@uas.edu.mx

[(1)] *Laboratorio de Investigación y Diagnóstico Microbiológico. Facultad de Ciencias Químico Biológicas. Universidad Autónoma de Sinaloa. Culiacán, Sinaloa, México.*

https://doi.org/10.21149/8388

Referencias

1. Secretaría de Educación Pública. Conoce más sobre las Escuelas de Tiempo Completo [sitio de internet]. México: SEP, 2016 [consultado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.gob.mx/sep/articulos/conoce-mas-sobre-las-escuelas-de-tiempo-completo
2. Diario Oficial de la Federación. NOM-251-SSA1-2009. Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimentarios [documento en internet]. México: DOF, 2010. [consultado el 29 de agosto de 2016]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5133449&fecha=01/03/201
3. Annor GA, Baiden EA. Evaluation of food hygiene knowledge attitudes and practices of food handlers in food businesses in Accra, Ghana. Food and Nutrition Sciences 2011;2(8):830-836. https://doi.org/10.4236/fns.2011.28114
4. Rosas C. Alimentos en mal estado provocan la intoxicación de 150 niños en Culiacán [documento en internet]. México: CNN, 2012 [consultado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://mexico.cnn.com/nacional/2012/05/25/alimentos-en-mal-estado-provocan-la-intoxicacion-de-150-ninos-en-culiacan
5. Quevedo J. Se intoxican 49 niños en primaria [documento en internet]. México: Vivavoz, 2016 [consultado el 24 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.vivavoz.com.mx/index.php/elevora2/navolato/28363-se-intoxican-49-ninos-en-primaria
6. Anónimo. Línea Directa. México, 2013 [consultado 24 noviembre 2016]. Disponible en: http://www.lineadirectaportal.com/movil/publicacion.php?id=119381&origen=t&seccionID=122&back=index.php
7. Bacteriological Analytical Manual. Chapter 5: *Salmonella*. EUA, 2016 [consultado el 24 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.fda.gov/Food/FoodScienceResearch/LaboratoryMethods/ucm070149.htm
8. Bacteriological Analytical Manual. Chapter 4: Enumeration of *Escherichia coli* and the Coliform Bacteria. EUA, 2013 [consultado el 24 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.fda.gov/Food/FoodScienceResearch/LaboratoryMethods/ucm064948.htm

La tuberculosis multidrogorresistente: una barrera para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Señor editor: Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2035 propuestos por la OMS está la eliminación de la tuberculosis a nivel mundial.[1] Esto podría ser factible si tomamos en cuenta que los objetivos propuestos por la OMS para el año 2015 fueron logrados.[1,2]

Un ejemplo de esta factibilidad es Perú, país donde los programas de control de esta enfermedad permitieron una disminución mayor a 8% en los primeros años de su implantación y luego una disminución promedio de 2% anual.[2] Otro ejemplo es México, donde, al aplicar estrategias similares, se ha logrado la reducción de la prevalencia y la mortalidad en 50% con respecto a los datos de 1990.[3] Estas estrategias se pueden resumir en la aplicación del método de susceptibilidad a drogas por observación microscópica (MODS) en el diagnóstico de la tuberculosis, el empleo de los sistemas de telediagnóstico o el tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES).[3-5]

No obstante, el *M. tuberculosis* ha desarrollado mecanismos de resistencia que han permitido la aparición de formas no susceptibles a los fármacos utilizados para su tratamiento. Dentro de ellos la más estudiada es la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR).[6] La OMS reportó que en promedio en los últimos años 3.3% de la incidencia anual de la tuberculosis corresponde a casos de TB-MDR (un rango que va de 220 000 a 370 000 nuevos casos anuales);[1] este aumento también se reportó en los países antes mencionados.[2,3] Se han encontrado algunos factores que podrían aumentar esta incidencia: tener más de tres campos pulmonares afectados, tener más de ocho meses de tratamiento inicial, tener más de tres episodios de tratamiento antituberculoso, y haber experimentado una falla o un empeoramiento en su último tratamiento, entre otros.[7]

La OMS no ha sido ajena a este problema, por tal motivo, en la 67ª Asamblea Mundial de Salud de 2014 se aprobó el programa *The End TB Strategy*, el cual, a través de sus tres pilares, busca la prevención y cuidado integral centrado en el paciente, políticas y sistemas de apoyo, y llevar a cabo investigaciones para optimizar la implementación de nuevas herramientas en la lucha contra esta enfermedad evaluando el impacto de las mismas.[1,8]

Aunque el aumento de esta condición puede estar influenciado por

una mejora en la infraestructura de los laboratorios, lo cual ha permitido un mayor diagnóstico y estudios de sensibilidad, es necesario aumentar las investigaciones con respecto a una mejor accesibilidad al tratamiento para el paciente, un diagnóstico temprano, establecimientos de salud adaptados para pacientes con TB-MDR y una intervención adecuada.[7]

Por tal motivo, debemos comenzar a trabajar desde ahora en estas investigaciones y además analizar factores de índole administrativa (lineamientos y definiciones operativas, programas de vigilancia, conocimiento y manejo efectivo para la referencia y contrarreferencia de pacientes, y apoyo financiero a la red de laboratorios), para afirmar con precisión la razón de estos cambios en la tendencia de la farmacorresistencia y sea posible detener el avance de la TB-MDR en los próximos años y, por consiguiente, el logro del tercer objetivo de desarrollo sostenible planteado por la OMS.

Fradis Gil-Olivares, MC.[(1)]
fradis.gil@heves.gob.pe

[(1)] Unidad de Gestión de la Calidad, Hospital de Emergencias Villa El Salvador. Lima, Perú

http://doi.org/10.21149/8042

Referencias

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Ginebra, Suiza: WHO, 2015.
2. Dirección General de Epidemiologia. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú 2015. Lima, Perú: DGE, 2016.
3. Organización Panamericana de la Salud. Misión de evaluación externa del programa de control de tuberculosis de México. Washington: OPS, 2013.
4. Rodriguez L, Alva A, Coronel J, Caviedes L, Mendoza-Ticona A, Gilman R, *et al*. Implementación de un sistema de telediagnóstico de tuberculosis y determinación de multidrogoresistencia basada en el método MODS en Trujillo, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica 2014;31(3):6-8.
5. Van Cutsem G, Isaakidis P, Farley J, Nardell E, Volchenkov G, Cox H, *et al*. Infection Control for Drug-Resistant Tuberculosis: Early Diagnosis and Treatment Is the Key. Clin Infect Dis 2016;62(Suppl 3):238-243. https://doi.org/10.1093/cid/ciw012
6. Nguyen L. Antibiotic resistance mechanisms in *M. tuberculosis*: an update. Arch Toxicol Springer Berlin Heidelberg 2016;90(7):1585-1604. https://doi.org/10.1007/s00204-016-1727-6
7. Millard J, Ugarte-gil C, Millard J, Ugarte-gil C, Moore DAJ. Multidrug resistant tuberculosis. BMJ 2015;350:882-887. https://doi.org/10.1136/bmj.h882
8. Uplekar M, Raviglione M. WHO's End TB Strategy: From stopping to ending the global TB epidemic. Indian J Tuberc 2015;62(4):196-199. https://doi.org/10.1016/j.ijtb.2015.11.001

¿La promoción de la resiliencia en la escuela puede contribuir con la política pública de salud?

Señor editor: Entre los problemas más complejos que enfrenta Latinoamérica se encuentra la ausencia de acceso universal a servicios públicos básicos, como la salud.[1] En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012[2] indicó que se percibe una mejora en la cobertura efectiva; no obstante, persiste la necesidad de servicios de salud más equitativos y sensibles a las expectativas de los usuarios.

En Chile, la segunda Encuesta Nacional de Salud[3] reveló un elevado nivel de morbilidad por enfermedades crónicas y se identificó que la mayor parte de éstas muestran una gradiente educacional. Lo anterior denota la constante necesidad de identificar desafíos en el ámbito de la salud para levantar propuestas y contribuir con las políticas públicas. Una estrategia adecuada es posicionar el interés de trabajar, desde la escuela, diversos aspectos del proceso de crecimiento y desarrollo de los niños y jóvenes, que pueden manifestarse como situaciones de crisis y riesgo psicosocial. La finalidad es desarrollar acciones de promoción de conductas saludables que contribuyan a aumentar el bienestar de la población escolar.

Desde esta perspectiva, la capacidad que permite a una persona afrontar situaciones adversas y desarrollar estrategias para superarlas se denomina resiliencia,[4] y comprende habilidades individuales y factores de protección. En el ámbito de las capacidades individuales, se encuentran la introspección, la capacidad de relacionarse, la iniciativa, el humor, entre otros. En muchos casos, los problemas de salud son un agente desencadenante de la resiliencia.[5]

En este sentido, el estudio de la resiliencia da cuenta de las diversas formas en que la gente supera la adversidad y el dolor. Implica pasar de un modelo centrado en el riesgo a un modelo centrado en la prevención, tomando como base las potencialidades de las personas.[6]

Por lo anterior, la escuela, comprendida como un centro de salud y socialización, es un espacio potencial para promover personas resilientes. Por lo tanto, el énfasis de las políticas públicas debería centrarse en el desarrollo de las capacidades humanas, es decir, en una educación para la vida.

Agradecimientos

Al Fondecyt, proyecto de investigación 2015: "Factores protectores y de riesgo asociados a la resiliencia socioeducativa en estudiantes vulnerables de cuarto y octavo año de enseñanza básica: un modelo multidimensional explicativo de las trayectorias de evolución del rendimiento escolar en Chile. (2016-2020)", folio 1160429.

Sonia Salvo, D en Est,[(1)]
ssalvoga@gmail.com
sonia.salvo@ufrontera.cl
Mónica Bravo-Sanzana, D en Educ,[(2)]
Horacio Miranda-Vargas, M en Bioest,[(3)]
Anna Forés, D en Fil, D en Educ,[(4)]
Manuel Mieres-Chacaltana, M en C Soc Apl.[(5)]

[(1)] Departamento de Matemática y Estadística, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.
[(2)] Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas (LICSA), Universidad de La Frontera de Temuco. Chile.

[3] Departamento de Producción Agropecuaria, Laboratorio de Investigación en Ciencias Sociales y Aplicadas (LICSA), Universidad de la Frontera de Temuco. Chile.
[4] Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Universidad de Barcelona. España.
[5] Pedagogía en Historia, Geografía y Ciencias Sociales, Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco. Chile.

https://doi.org/10.21149/8328

Referencias

1. Villoria M (coord.). La transformación del Estado para el desarrollo en Iberoamérica. Aportes para la discusión. Caracas: CLAD, 2013.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, *et al.* Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
3. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Tomo I [documento en internet]. Chile: Minsal, 2011 [consultado el 15 de enero de 2016]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/
4. Forés A. La resiliència, una aposta per canviar models d'intervenció. En: butlletí electrònic Inf@ncia. Acompanyant el seu present: professionals amb la infància. Generalitat de Catalunya: Col·lecció Infància i Adolescència 2014;10:205-211.
5. González Arratia López Fuentes NI, Valdez Medina, JL, Oudhof van Barneveld, H, González Escobar, S. Resiliencia y salud en niños y adolescentes. Ciencia ergo sum 2009;16:247-253.
6. Manciaux M. (comp.). La resiliencia: Resistir y rehacerse. Barcelona: Gedisa, 2003.

Guías alimentarias: una opción para seguir enfrentando los problemas nutricionales en el Perú

Señor editor: Hemos leído con gran interés la carta al editor de Luján-Carpio y colaboradores,[1] donde abordan el tema de la publicidad televisiva como riesgo latente para el desarrollo de problemas nutricionales junto con una descripción de experiencias en algunos países orientadas a su regulación. Asimismo, los autores reportan que en el Perú la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil es de 33 y 14%, respectivamente; sin embargo, consideramos que dicho valor es excesivo a la luz de las nuevas estimaciones y de los valores reportados en el estudio citado por los autores (6.4 para obesidad y 1.8% para sobrepeso).[2-4]

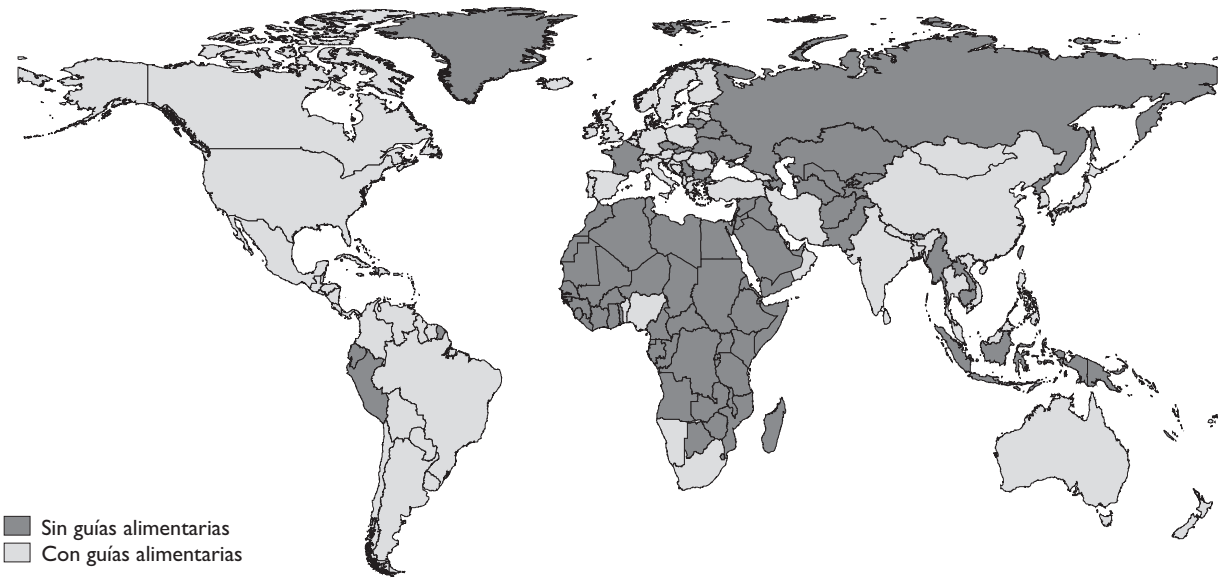
Es evidente que la cada vez mayor presencia de problemas nutricionales merece especial atención, buscando agotar todas las posibles estrategias de control o para complementar las ya existentes como las mencionadas por Luján-Carpio y colaboradores. América Latina no es ajena a esta realidad, si se considera que los cambios socioeconómicos ocurridos en los últimos años han generado modificaciones en los estilos de vida y la adopción de hábitos alimenticios en la población que predisponen la aparición de trastornos nutricionales. Así también, en muchos países de Latinoamérica coexisten tanto el sobrepeso y la obesidad, como la desnutrición, representando la doble carga de malnutrición que se traduce en efectos negativos sobre la morbimortalidad presente y futura.[5]

En el Perú, las tendencias en el consumo de alimentos indican una evolución negativa debido al aumento promedio de la ingesta calórica y de grasas saturadas, lo que provoca un escenario propicio para el desarrollo de problemas nutricionales. Según cifras de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), nuestro consumo calórico por persona al día se ha incrementado de 2 138 kcal en 1992 a 2 700 kcal en 2013; de igual manera, el consumo per cápita al día de grasas y proteínas aumentó de 44.14 g a 51.15 g y de 54.04 g a 74.92 g respectivamente.[6] Sin embargo, estimaciones locales muestran que detrás de ese aumento promedio, más de 50% de menores de tres años no alcanzan el requerimiento energético diario, siendo la mayor proporción perteneciente a zonas andinas y amazónicas, bajo condiciones de pobreza y pobreza extrema; asimismo, existe una diferencia de 20 puntos porcentuales entre los niños de zonas rurales y urbanas que así alcanzan el requerimiento. [7]

Debido a esta compleja situación y las consecuencias que deberemos enfrentar, resulta urgente y necesario sumar esfuerzos hacia el abordaje integral de la malnutrición. Para ello, se requiere tomar medidas orientadas a reducir la incidencia de este problema que incrementa en gran medida la carga de enfermedad, afecta la calidad de vida y genera un alto impacto en los costos de atención para los sistemas de salud y disminución de la productividad como país.

Situaciones como las descritas han generado el desarrollo de iniciativas globales para hacerles frente; una de las más representativas es el Plan de Acción Mundial para la Nutrición de 1992, en el cual se instó a los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que diseñen e implementen Guías Alimentarias (GA)[8] que sean exclusivas y estandarizadas según sus necesidades y la carga de trastornos nutricionales.[9] La finalidad e importancia de estas guías radica en la posibilidad de transmitir a la población recomendaciones nutricionales por medio de simbología y lenguaje simple, de modo que sean fácilmente entendibles; además servirían para complementar el desarrollo de políticas públicas y programas de salud nutricional.

Con la finalidad de conocer el estado y avance de la implementación de las guías en el mundo y específicamente América Latina, realizamos una búsqueda en sitios de Internet de organismos internacionales de salud pública e instituciones gubernamentales para identificar documentos o información actualizada relacionada con las GA. Los resultados muestran que a pesar de las recomendaciones propuestas por la OMS y la necesidad de contar con estas guías, tres países de la región (Perú, Ecuador y Guyana Francesa) aún no cuentan con ellas (figura 1).[9,10]



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Situación de la implementación de guías alimentarias a nivel mundial. 2016

Si bien el impacto de la implementación de las GA es difícil de cuantificar, la evidencia muestra que los niños con adherencia a las recomendaciones de las GA poseen una dieta de mayor calidad y una disminución del riesgo de padecer obesidad.[11] Además, esa adherencia estaría asociada con un menor riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer y mortalidad por diabetes en adultos;[12] incluso países como Brasil consideran que lograr la implementación de las GA podría ser una oportunidad para mejorar el estado de salud bucal de su población.[13] Todas estas evidencias dentro de un escenario complejo de transición epidemiológica avalan la implementación de las GA.

Además de los potenciales y demostrados beneficios que tienen las GA, su implementación podría contribuir a ser la mejor fuente de información que orientaría y ayudaría a la población a elegir, combinar y sustituir adecuadamente los insumos alimenticios, teniendo en cuenta la disponibilidad y acceso de los mismos en la diversidad geográfica y socioeconómica que caracteriza a Latinoamérica. De igual forma, estos beneficios servirían a los profesionales de la salud para promover estilos de vida saludables y reforzar las recomendaciones nutricionales brindadas a sus pacientes. Paralelamente, los gobiernos y organismos involucrados pueden usar las GA como base para el desarrollo y complemento de políticas de nutrición saludable.

Consideramos que la falta de guías alimentarias en tres países de la región, incluido el Perú, podría obedecer a la complejidad del proceso que implica asumir obligaciones, generar compromisos y alinear intereses de múltiples actores. En este escenario, es oportuno considerar que tanto el gobierno peruano como ministerios y agencias gubernamentales sumen esfuerzos hacia un objetivo común que permita alcanzar el compromiso asumido hace 24 años en la Conferencia Internacional de Nutrición y puedan materializar este tipo de estrategia que acompañe a las ya existentes, lo cual nos permitirá avanzar hacia un país con una población nutricionalmente más saludable y así reducir la carga de enfermedad que genera la malnutrición en la región. Caso contrario, tendremos que seguir esperando.

Diego Eduardo Azañedo-Vilchez, CD,[(1)]
dazanedov@uladech.edu.pe
Akram Hernández-Vásquez, MGPP.[(2)]

[(1)] *Centro de Estudios de Población, Universidad Católica los Ángeles de Chimbote. Chimbote, Perú.*
[(2)] *Universidad Privada del Norte. Lima, Perú.*

http://doi.org/10.21144/8046

Referencias

1. Luján-Carpio E, Ponce-Chafloque J, Gálvez-Marticorena B, Taype-Rondán Á. La publicidad televisiva de alimentos: un riesgo latente para los niños de Latinoamérica. Salud Publica Mex 2015;57:362-363.
2. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y

obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010).Rev Peru Med Exp Salud Publica 2012;29:303-313.
3. Carrillo-Larco RM, Miranda JJ, Bernabe-Ortiz A. Wealth index and risk of childhood overweight and obesity: evidence from four prospective cohorts in Peru and Vietnam.Int J Public Health 2016;61(4):475-485. https://doi.org/10.1007/s00038-015-0767-7
4. Carrillo-Larco RM, Miranda JJ, Bernabe-Ortiz A. Impact of food assistance programs on obesity in mothers and children: A prospective cohort study in Peru.Int J Public Health 2016;106(7):1301-1307. https://doi.org/10.2105/ajph.2016.303191
5. Ministerio de Salud. Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú [Internet]. Lima, Perú: MINSA, 2012 [consultado el 30 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www1.paho.org/nutricion-ydesarrollo/wp-content/uploads/2012/05/Gordo-problema.-Sobrepeso-y-Obesidad-Peru.pdf
6. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food balance [Internet]. Geneva, Switzerland: FAO, 2015 [consultado el 20 de abril de 2016]. Disponible en: http://faostat3.fao.org/browse/FB/*/E
7. Ministerio de Salud. Informe Técnico: Consumo de alimentos en niños peruanos de 6 a 35 meses; 2012-2013 [Internet]. Lima, Perú: MINSA - Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional, 2015 [consultado el 16 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/estudiosconsumo/VIN20122013.pdf
8. Food and Agriculture Organization of the United Nations.Conferencia Internacional de Nutrición [Internet]. Roma, Italia: FAO, 1992 [consultado el 27 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t04.htm
9. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Food-based dietary guidelines [Internet]. Rome, Italy: FAO, 2016 [consultado el 5 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.fao.org/nutrition/education/food-dietary-guidelines/background/en/
10. Food and Agriculture Organization of the United Nations. El estado de las guías alimentarias basadas en alimentos en América Latina y el Caribe [Internet]. Roma, Italia: FAO, 2014 [consultado el 27 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.fao.org/3/a-i3677s.pdf
11. Yu SH, Song Y, Park M, Kim SH, Shin S, Joung H. Relationship between adhering to dietary guidelines and the risk of obesity in Korean children.Nutr Res Pract 2014;8(6):705-712. https://doi.org/10.4162/nrp.2014.8.6.705
12. Yu D, Zhang X, Xiang Y-B, Yang G, Li H, Gao Y-T, *et al.* Adherence to dietary guidelines and mortality: a report from prospective cohort studies of 134,000 Chinese adults in urban Shanghai. Am J Clin Nutr 2014;100(2):693-700. https://doi.org/10.3945/ajcn.113.079194
13. Freire Mdo C, Balbo PL, Amador Mde A, Sardinha LM. Dietary guidelines for the Brazilian population: implications for the Brazilian National Policy on Oral Health.Cad Saúde Pública 2012;28 Suppl:s20-s29.