

CARTAS AL EDITOR

Adolescentes con autolesiones e ideación suicida: un grupo con mayor comorbilidad y adversidad psicosocial

Señor editor: La creciente prevalencia de conductas suicidas en adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública. Existen varios factores asociados con este tipo de conductas, tales como: síntomas depresivos y ansiosos, consumo de sustancias nocivas, trastornos de conducta, violencia familiar, negligencia y abuso sexual en la infancia.¹ Otro factor importante que se asocia con la presencia del comportamiento suicida son las autolesiones, las cuales pueden definirse como conductas deliberadas destinadas a producir daño físico sin la intención de provocar la muerte.² En adolescentes mexicanos, se ha reportado una frecuencia de autolesiones de 17.1%, con una relación mujer-hombre de 2:1;³ este problema es tan grave que las clasificaciones diagnósticas psiquiátricas internacionales han propuesto incluir las conductas autolesivas no suicidas como una categoría independiente.

Dado que existen pocos estudios en nuestro país que exploren las conductas autolesivas, decidimos presentar este estudio en el que se investigó la frecuencia de autolesiones, ideación suicida y combinación de ambas

en una población de estudiantes de escuelas secundarias y preparatorias ubicadas al sur y al oriente de la Ciudad de México. El total de la muestra comprendió a 804 adolescentes entre 12 a 17 años, con una edad promedio de 14.4 + 1.6 años. De estos, 57.6% se encontraba cursando secundaria, 60% pertenecía a un nivel socioeconómico medio y 67.6% reportó que vivía con ambos padres biológicos. Los estu-

diantes contestaron un cuestionario creado a partir de la Cédula de Indicadores Parasuicidas de González Fortea⁴ y la Encuesta de Maltrato Infantil de Villatoro,⁵ en el que se preguntaba acerca de la presencia, motivos, tipos y edad de inicio de las autolesiones, así como la presencia de ideación suicida; además de que se evaluó información demográfica, psicopatología en familiares, sinto-

Cuadro I
DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS ENTRE ADOLESCENTES CON AUTOLESIONES, CON AUTOLESIONES E IDEACIÓN SUICIDA Y SÓLO CON IDEACIÓN SUICIDA. CIUDAD DE MÉXICO, 2012-2013

	Sólo autolesiones N=175 %	Autolesiones más ideación suicida N= 50 %	Sólo ideación suicida N=10 %	Estadística
Cortes	77.7	80		χ^2 Pearson=0.11 p=ns
Quemaduras	0.6	8		χ^2 Pearson=9.8 p=0.002
Golpes	3.4	6		χ^2 Pearson=0.67 p=ns
Pellizcos	4.6	12		χ^2 Pearson=3.67 p=0.055
Ingesta de fármacos	5.7	14		χ^2 Pearson=3.88 p=0.051
Presencia de síntomas psiquiátricos, abuso sexual y violencia familiar				
Afectivos	29.7	74	50	χ^2 Lineal=21.6 p<0.001
Ansiosos	28.6	64	40	χ^2 Lineal=12.8 p<0.001
Psicóticos	9.7	36	40	χ^2 Lineal=21.5 p<0.001
Uso de sustancias	6.3	12	10	χ^2 Lineal=1.4 p=ns
Conducta	16.6	46	10	χ^2 Lineal=6.9 p=0.008
Abuso sexual	4.6	18	0	χ^2 Lineal=3.3 p=ns
Violencia familiar	7.5	28	0	χ^2 Lineal=4.9 p=0.026

matología psiquiátrica en el paciente y abuso sexual.

Encontramos que 27.9% de los entrevistados reportaron autolesionarse y 7.4% dijo tener ideación suicida; ambas fueron más frecuentes en mujeres. La muestra se dividió en aquéllos sólo con autolesiones, autolesiones más ideación suicida y sólo ideación suicida. Nos llamó la atención que 22% de los adolescentes con autolesiones reportaron ideación suicida. En este grupo se observó mayor frecuencia de psicopatología y estresores ambientales (cuadro I).

Por lo anteriormente descrito, podemos concluir que la conducta autolesiva es un fenómeno prevalente en adolescentes de ambos sexos, y su presentación conjunta con ideación suicida está asociada con mayor psicopatología y adversidad psicosocial.

Pablo Adolfo Mayer Villa, Psiq Inf,⁽¹⁾

Nadia Morales Gordillo, Psiq,⁽¹⁾

Gamaliel Victoria Figueroa, Psic Clín,⁽²⁾

Rosa Elena Ulloa Flores, Psiq, D en C,⁽¹⁾

ulloa@hotmail.com

⁽¹⁾ Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. México.

⁽²⁾ Areté Proyectos. México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7893>

Referencias

1. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Nock M. Suicide ideation, plan, and attempt in the Mexican adolescent mental health survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47(1):41-52. <http://doi.org/fgb9h7>
2. Nock MK. Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6(1):339-363. <http://doi.org/fqzh29>
3. Albores-Gallo L, Méndez-Santos JL, García Luna AX, Delgadillo-González Y, Chávez Flores CI, Martínez OL. Autolesiones sin intención suicida en una muestra de niños y adolescentes de la ciudad de México. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(4):159-168.
4. González FC, Mariño MC, Rojas E, Mondragón L, Medina-Mora ME. Intento de suicidio en estudiantes de la Ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología* 1998;15(2):165-175.

5. Villatoro J, Quiroz N, Gutiérrez ML, Díaz M, Amador N. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México, D. F: Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), 2006.

Parto vertical: ¿favorece una correcta adaptación neonatal?

Señor editor: La adaptación neonatal es el proceso de transición fisiológica que comprende, principalmente, cambios en la función respiratoria y cardiovascular. Es un proceso que inicia momentos antes del nacimiento y continúa hasta que se instale una función ventilatoria adecuada, resistencias vasculares periféricas y centrales adecuadas, y bienestar neonatal.

La adaptación neonatal inicia con el trabajo de parto y debutá con el incremento de hormonas reguladoras, entre las que se destacan las catecolaminas, quienes permitirán al feto adaptarse a las fuerzas de la contracción uterina.^{1,2}

También está descrita la elevación de las catecolaminas maternas debido a la agitación, ansiedad y dolor que acompañan el trabajo de parto.¹ Hay estudios que indican que un incremento excesivo de la actividad adrenérgica debido al estrés materno es nociva para el feto, ya que su actividad extra sobre el músculo y vasculatura uterinas reduce los flujos uteroplacentarios, lo que favorece una asfixia inútero.¹

¿Hay estrategias que permitan disminuir el estrés materno y que además favorezcan un trabajo de parto adecuado?, ¿cómo afectarían esas estrategias la experiencia del recién nacido en su adaptación neonatal? El parto vertical responde a la primera pregunta;³ en él, la gestante se coloca en posición vertical (de pie,

sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) mientras el personal de salud atiende el parto. Son varios los estudios que describen las ventajas que esta modalidad otorga a las parturientas,³ pero los estudios realizados al respecto no han sido orientados a observar la experiencia del recién nacido a corto ni a mediano plazo.

Calvo y colaboradores⁴ concluyen que el parto vertical sólo brinda comodidad a la madre y no favorece mejores resultados perinatales. Aplicaron el método de ensayo clínico con distribución al azar de las participantes, con la finalidad de que ellas no supieran qué posición adoptarían sino hasta iniciado el trabajo de parto. Este método es científicamente más confiable, ya que la autonomía de las madres juega un papel importante en sus partos. Esta participación cobra mayor importancia en el medio rural, donde las poblaciones son culturalmente independientes.

Otro estudio referido al parto en posición vertical, realizado por Calderón y colaboradores,⁵ describe ventajas para la parturienta que, más allá de la comodidad, le brindan mayor participación y autonomía. Fue un trabajo observacional, comparativo y transversal en el que los partos verticales se practicaron en una mesa con el espaldar modificado. No se incluyó el parto en modalidad de cuclillas o sentada, que son las posturas más utilizadas en el medio rural.

Ambos estudios incluyeron gestantes que no tuvieran factores de riesgo perinatales y evaluaron a los recién nacidos en términos del punaje Apgar.^{4,5} Con esto concluyeron que no había diferencia significativa entre los resultados perinatales de una u otra modalidad de parto. Ninguno de estos estudios describió cuál fue el comportamiento fisiológico de los neonatos durante el proceso de adaptación, para lo cual sería necesario un estudio longitudinal.

El parto vertical parece tener, además, un componente psicoafectivo que puede disminuir la ansiedad y el estrés materno inherentes a un proceso enteramente natural como es el parto.⁵

El trabajo de parto involucra las experiencias tanto de la madre como del recién nacido. El trabajo de parto en posición vertical les devuelve a las madres el papel protagónico de un proceso enteramente natural, y serán importantes los trabajos que describan cómo se beneficia el feto, a corto y mediano plazo, en esta modalidad de trabajo de parto.

*Mario Jeisson Agramonte-Vilca, Est.⁽¹⁾
agr.mario@gmail.com*

⁽¹⁾ Escuela Profesional de Medicina Humana.
Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco.
Cusco, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/sprm.v58i3.7916>

Referencias

1. David E, Vayssiere C, Haberstich B, Langer B, Nisand I. Adaptación del feto al trabajo de parto. *Ginecología-Obstetricia EMC* 2006; I-6.
2. Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitánchez-Mokhtari D. Fisiología del feto y del recién nacido. Adaptación a la vida extrauterina. Elsevier Masson SAS *Pediatria* 2007; I-19.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *Biblioteca Cochrane Plus* 2009;2.
4. Calvo-Aguilar O, Flores-Romero A, Morales-García E. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:1-10.
5. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral [Internet]. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2008;49-57 [consultado el 30 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428187011>

El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números

Señor editor: La migración de profesionales de la salud es un problema creciente, y suele darse de países en

vías de desarrollo hacia países más desarrollados. En Estados Unidos, Reino Unido, Canadá y Australia, aproximadamente 25% de los médicos son migrantes, y hasta 75% de éstos se han formado en países de bajos ingresos.¹ Este fenómeno contribuye a la carencia de médicos en los países menos desarrollados y, consecuentemente, dificulta mejorar los pobres indicadores de salud en estos países.^{2,3}

Esta problemática es multifactorial; sin embargo, el ingreso económico promedio de los médicos es uno de los factores que influencian la dirección de estas migraciones médicas,⁴ por lo que es necesario que los países con altas tasas de migración conozcan e intervengan en esta variable.

Para evaluar las diferencias en el ingreso económico de los médicos en varios países, revisamos la base de datos de la *Organisation for Economic Co-operation and Development*⁵ que cuenta con información de 19 países para el periodo 2011-2013, y del *Medscape Physician Compensation Report 2015*,⁶ que cuenta con información de Estados Unidos para el año 2014. Además, evaluamos su relación con el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de cada país, que valora los precios de una canasta familiar estándar, y con el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de cada país que se aproxima al ingreso promedio del mismo.

Los ingresos económicos encontrados son variables, fluctuando

Cuadro I
INGRESO ANUAL DE MÉDICOS SEGÚN LA ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) Y MEDSCAPE PHYSICIAN COMPENSATION REPORT 2015 (PARA ESTADOS UNIDOS)

País	Ingreso anual (US\$) de médico general	Ingreso anual (US\$) de médico especialista	PIB del país	IPC del país
Luxemburgo (2012)	261 034.22	255 116.38	106 022.80	122.53
Alemania (2011)	191 838.52	251 614.29	45 867.77	107.00
Irlanda (2013)	152 483.51	226 756.90	50 470.32	102.20
Canadá (2011)	170 719.26	274 172.31	52 086.53	127.20
Dinamarca (2012)	176 319.83	176 319.83	57 636.13	131.60
Australia (2012)	134 593.98	328 449.65	67 511.82	107.50
Países Bajos (2011)	107 023.65	169 668.66	53 537.28	116.81
Estados Unidos (2014)	195 000.00	284 000.00	54 629.50	237.79
Israel (2013)	78 968.14	133 252.28	36 050.70	99.90
Finlandia (2012)	91 699.28	132 395.98	47 415.56	119.40
Reino Unido (2011)	91 005.08	123 794.14	40 974.71	128.23
España (2013)	72 536.52	85 539.25	29 880.71	104.43
Eslovenia (2012)	64 844.39	66 165.23	22 488.66	123.05
Chile (2013)	52 740.81	61 395.30	15 702.51	108.68
Islandia (2012)	105 956.48	107 725.81	44 377.37	430.00
Méjico (2012)	25 627.43	33 014.30	9 819.48	115.96
Polonia (2012)	26 896.67	20 391.50	13 036.38	170.00
Turquía (2012)	37 893.72	65 307.29	10 660.73	259.51
Estonia (2013)	24 880.47	34 104.93	18 877.33	196.70
Hungría (2012)	17 107.35	23 698.65	12 784.30	1214.94

Ingreso anual: se refiere a la suma de todos los ingresos económicos que recibe el médico, sin descontar impuestos.^{7,8}

de 17 000 a 261 000 dólares anuales para médicos generales, y de 20 000 a 328 000 dólares para especialistas (cuadro I).^{7,8} Estas cifras se encuentran directamente asociadas con el PIB per cápita de cada país (Spearman $p<0.001$ en ambos casos). Esto explica por qué se ha calculado que un descenso de un punto porcentual en el PBI per cápita incrementa la migración de médicos hasta 3.6%.²

Sin embargo, los ingresos económicos de médicos generales y especialistas no están relacionados con el IPC de cada país (Spearman $p=0.339$, y $p=0.173$, respectivamente). Es decir, en países con mayores ingresos, el costo de una canasta familiar estándar no es proporcionalmente más alta, por lo que los médicos en dichos países tendrían una mayor capacidad adquisitiva.

El PIB per cápita de muchos países pobres está aumentando, pero este aumento es aún lento, por lo cual serán necesarias varias décadas para que los ingresos económicos de sus médicos lleguen a ser competitivos en comparación con los extranjeros. Mientras tanto, la diferencia en ingresos seguirá siendo un fuerte incentivo para la migración médica, lo que aumenta la inequidad de la salud a nivel mundial.⁹

Ante esta problemática, resulta necesario que los países pobres estudien el ingreso promedio de sus médicos generales y especialistas, así como sus expectativas salariales, de manera que se determine cuál es el monto necesario para desanimar la migración y se puedan implementar políticas al respecto. Además, se debe evaluar la factibilidad y efectividad de otras estrategias de retención como mejoras en la empleabilidad, satisfacción laboral, oportunidades de desarrollo personal, incentivos, políticas de retorno y reinserción, y regulación de las contrataciones por parte de las naciones receptoras.¹

Agradecimientos

A Fiorella Inga-Berrospi, médico residente de Gestión en Salud, por la revisión crítica del presente manuscrito.

Álvaro Taype-Rondán, MC,⁽¹⁾

alvaro_athos@hotmail.com

Leslie Luna-Parta, Est.^(2,3)

Omayra Mendoza Quispe, Est.^(2,3)

⁽¹⁾ CRONICAS Centro de Excelencia en Enfermedades Crónicas, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

⁽²⁾ Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽³⁾ Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7917>

Referencias

1. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005;353(17):1810-1818. <http://doi.org/bhvpgc>
2. Okeke EN. Brain drain: Do economic conditions "push" doctors out of developing countries? *Soc Sci Med* 2013;98:169-178. <http://doi.org/bdwz>
3. Gamero-Requena JH. Impacto financiero de la emigración de médicos y enfermeras del Área Andina: un ejercicio de consolidación de documentos país. Lima, Perú: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
4. Aly Z, Taj F. Why Pakistani medical graduates must remain free to emigrate. *PLoS Med* 2008;5(1):e2. <http://doi.org/bhcrdt>
5. OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development Statistics 2014 [accessed on 2015 August 10]. Available at: <http://stats.oecd.org>.
6. Medscape. Medscape Physician Compensation Report 2015 2015 [accessed on 2015 August 10]. Available at: <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2015/public/overview>.
7. Trading Economics [internet]. New York, USA: Portal Trading Economics [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://www.tradingeconomics.com/>
8. Banco Mundial [internet]. Washington, USA: Datos del Banco Mundial [consultado el 20 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/>
9. Chauvet L, Gubert F, Mesplé-Somps S. Aid, remittances, medical brain drain and child mortality: Evidence using inter and intra-country data. *J Dev Stud* 2013;49(6):801-818. <http://doi.org/bdw2>

Prevalencia de enfermedad renal crónica en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital Escandón

Señor editor: Durante el periodo comprendido entre el 1 de agosto de 2014 y el 31 de julio de 2015 se llevó a cabo, en las instalaciones del Hospital Escandón I.A.P una revisión metódica de pacientes para tratar de identificar la principal causa de enfermedad renal crónica en la población atendida en el nosocomio.

Como sabemos, en nuestro país la principal causa de enfermedad renal crónica es la diabetes mellitus II, seguida de la hipertensión arterial sistémica,¹ por lo que se buscaba identificar el impacto real de dichas enfermedades en la población de pacientes, y así implementar medidas específicas en contra de estos males.

Se identificó a los pacientes que tuvieran el diagnóstico de enfermedad renal crónica, calculando el filtrado glomerular de acuerdo con la fórmula abreviada derivada del estudio MDRD: FG (ml/min/1.73 m²) = 186 x [creatinina plasmática (mg/dL)] - 1,154 x (edad) - 0,203 x (0,742 si mujer). Se consideró que los pacientes presentaban insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular era menor de 60 ml/min/1.73m² y la creatinina era menor de 1.3 mg/dL, o como la presencia de daño renal (alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones del sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen) de forma persistente durante al menos tres meses.

De estos pacientes, se identificó quienes padecían diabetes mellitus II mediante la detección, en dos ocasiones, de valores de glucosa plasmática en ayunas 126 mg/dL o síntomas de diabetes, más valores de glucosa plasmática 200 mg/dL

o recibir tratamiento con antidiabéticos orales o insulina,² y se definieron hipertensos si presentaban una tensión arterial 140/90³ mmHg o estaban recibiendo tratamiento antihipertensivo.

Los resultados obtenidos reflejan que, en efecto, en el hospital Escandón 51.4% de los pacientes con enfermedad renal crónica se asocia con diabetes mellitus de larga evolución y 37.2% con hipertensión arterial; el resto se asocia con otras causas poco representativas para el objetivo del análisis.

En 2010, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) estableció la prevalencia de enfermedad renal crónica en México. Los datos arrojados colocaron a la diabetes mellitus II como la principal causa con 48.5%; la hipertensión arterial sistémica en segundo con 19%; las glomerulonefritis con 12.7% y otras causas con 19.8%.¹

Es importante resaltar que la prevalencia de hipertensión arterial y enfermedad renal crónica casi duplica la prevalencia proporcionada por el IMSS en 2010, por lo que es deber de las autoridades correspondientes identificar las posibles causas de este elevación en la prevalencia e implementar medidas preventivas o correctivas, según sea el caso, con la finalidad de seguir brindando atención médica efectiva, adaptando los programas de prevención al tipo de pacientes que se atienden.

José Luis Serna-Soto, MC, Port,⁽¹⁾

secretaria.medica@hospitalescandon.org

Rafael Antonio de Jesús Ortega-Mendoza, MC, Port,⁽¹⁾

Oscar Adrián Rivera-Ramírez, MC, Anest,⁽¹⁾

Guillermo Cesar Pérez-Peláez, MC, Pediatr.⁽¹⁾

(1) Hospital Escandón I.A.P. Ciudad de México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7918>

Referencias

1. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia-Yáñez T, Muñoz Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la Insuficiencia Renal crónica en México. *Revista diálisis y transplante* 2010;31(01).
2. ADA. American Diabetes Association. *Diagnosis and Classification of diabetes Mellitus*. *Diabetes Care* 2014;37(1):588. <http://doi.org/3cr>
3. Panel Members Appointed to the Eight Joint National Committee. *Evidence Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report*. December 18, 2013:E6.

Nefroprotección en una unidad de especialidades médicas de enfermedades crónicas en México

Señor editor: El problema de la insuficiencia renal crónica y su tratamiento sustitutivo, además de ser un grave problema de salud pública, demanda miles de millones de pesos en los servicios de salud.¹ Por considerar que contiene información de interés para los profesionales que trabajan en este campo de la salud, presentamos un trabajo en el que se propone que el apropiado manejo en el primer nivel de atención, en este caso, la Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud (UNEME- EC) de Mazatlán, Sinaloa, de los factores de riesgo como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y sobrepeso evitan la progresión del daño renal.

Por ello, decidimos evaluar, además de las variables de rigor (*vide infra*), el comportamiento de la función renal medida por depuración de creatinina en los primeros pacientes (73), con diabetes mellitus tipo 2, o en combinación con otras patologías, seguidos por un año. Las variables

aludidas fueron tensión arterial sistólica (mm/Hg, TAS), tensión arterial diastólica (mm/Hg, TAD), colesterol total (mg/dl, CT), lipoproteínas de alta densidad (HDL; mg/dl), lipoproteínas de baja densidad (LDL; mg/dl), triglicéridos (mg/dl, TG), Peso (kg), índice de masa corporal (IMC; kg/m²), % de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y creatinina sérica (mg/dl, Cr.S) iniciales (I) y finales (F). Los pacientes funcionaron como sus propios controles. Se usó la prueba de t pareada para análisis estadísticos. Valores inferiores a 0.05 se consideraron significativos. Así, se observaron cambios en depuración de creatinina (90 ± 2.9 vs. 84 ± 3.2 ml/min/1.73 m², $p < 0.05$) y en Cr.S. ($0.9 \pm .03$ vs. $0.96 \pm .03$ mg/dl, $p < 0.05$). El resto de las variables mostró cambios significativos y normalización. El peso e IMC disminuyeron significativamente pero de forma mínima (78 ± 1.9 vs 76 ± 1.6 kg, $p < 0.05$, y 29.9 ± 0.63 vs 29.0 ± 0.5 kg/m², $p < 0.05$, respectivamente).

Para explicar los cambios en la función renal, con el antecedente que presenta disminución reversible por cambios hemodinámicos en la filtración glomerular en sujetos que reciben bloqueadores de antagonistas de los receptores de la angiotensina 2 (ARA2),² se analizaron por separado los 39 sujetos tratados sin bloqueadores de ARA2 que no mostraron cambios en CrS ($0.89 \pm .03$ vs $0.91 \pm .03$ mg/dl p: n.s.) ni en depuración de creatinina (92 ± 4.0 vs 88 ± 4.3 ml/mn/1.73 m², p: n.s.); en tanto que los 34 que los recibieron, aumentaron significativamente CrS (0.92 ± 0.05 contra $1.0 \pm .06$ mg/dl, $p < 0.05$) y la depuración de creatinina mostró una tendencia a la baja (87 ± 4.0 vs 79 ± 4.6 ml/mn/1.73 m², $p: 0.06$).

En relación con la disminución de la filtración glomerular, nues-

tos resultados son similares a los informados en población caucásica: 5 ml/min/año,³ inferiores a los informados por un grupo connacional: 22 ml/min/año⁴ y un metanálisis de Holtkamp F.A. en el que encontró que a la disminución de la filtración glomerular secundaria a la administración de losartán paradójicamente predice disminución en el deterioro de la función renal.²

Guillermo Hernández-Llamas, MD Nefr,⁽¹⁾
guillermo_hernandez@prodigy.net.mx
Graciela Arias-Villegas, M en Nutr,⁽¹⁾

Janeth Espinoza-Ibarra, L en Enf Obstet,⁽¹⁾
María Concepción Hernández-Barraza, L en Nutr,⁽¹⁾
Enrique Fregoso-Casillas, L en Psiq,⁽¹⁾
Verónica Patricia Sandoval-Rodríguez, L en TS,⁽¹⁾
Ricardo Omaña-Domínguez, M Intern.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidad de Especialidades Médicas de Enfermedades Clínicas Mazatlán, Servicios de Salud de Sinaloa. Sinaloa, México.

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7919>

Referencias

1. Guía de Práctica Clínica Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. México: Secretaría de Salud, 2009.
2. Holtkamp FA, de Zeew D, Thomas MC, Cooper ME, de Graeff PA, Hillege HJ, et al. An acute fall in estimated glomerular filtration rate during treatment with losartan predicts a slower decrease in long term renal function. *Kidney Int* 2011;80(3):282-287. <http://doi.org/d7rw25>
3. Rossing K, Christensen PK, Hovind P, Tarnow L, Rossing P, Parving HH. Progression of nephropathy in type 2 diabetic patients. *Kidney Utterbautibak* 2004;66(4):1596-1605. <http://doi.org/d94f9n>
4. Cortés-Sanabria L, Cabrera-Pivarn CE, Cueto-Manzano AM, Rojas-Campos E, Barragán G, Hernández-Anaya M, Martínez-Ramírez HR. Improving care of patients with diabetes and CKD: a pilot study for a cluster-randomized trial. *Am J Kidney Dis* 2008; 51:(5) 777-788. <http://doi.org/b99d2p>