

CARTAS AL EDITOR

Comentarios acerca del artículo sobre factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos

Señor editor: a propósito de la publicación, en su revista, del artículo sobre factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos,¹ me permito felicitar a la doctora María Teresa Chiang y a su grupo de colaboradores, por el hecho de que se desarrolle este tipo de investigaciones en su país. Si bien es cierto que se han señalado como factores de riesgo mayor el tabaquismo, la hipertensión arterial, la obesidad y las dislipidemias, éstos tienen un comportamiento diferente según el grupo étnico, el nivel socioeconómico y el espacio geográfico al que pertenecen,^{2,3} aspectos que modifican de manera importante el estilo de vida de la población y, por lo tanto, su exposición. El estudio en poblaciones específicas como lo son los estudiantes universitarios, ofrece la oportunidad de identificar factores de riesgo propios de una población en particular. No obstante, me gustaría hacer las siguientes observaciones: dado que se está trabajando con población joven, los cambios o resultados de la exposición a distintos factores apenas se empiezan a notar, por lo que sería conveniente reflexionar sobre los criterios que definen el punto de corte para determinar riesgo cardiovascular. Por ejemplo, el criterio de obesidad que utilizaron los autores es demasiado alto (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²). Se conoce que la prevalencia de obesidad por sexo es di-

ferente y que existe una relación directa entre el índice de masa corporal y la edad;⁴ por lo tanto, la prevalencia en este estudio resultó más baja. Sería de mayor interés conocer su distribución en diferentes categorías y ver el comportamiento según el género, como lo propone un comité de expertos.⁵

En la sección de material y métodos, los autores señalan los criterios para definir riesgo moderado y alto. Sin embargo, en la de resultados falta describir la frecuencia con que se presentan los factores de riesgo alto, así como la prevalencia de hipertensión arterial e hipertrigliceridemia en la muestra estudiada.

El hecho de contar con una tasa de respuesta baja para conocer el perfil de lípidos y lipoproteínas (22.5%) y de que ésta se haya obtenido de entre los voluntarios, posiblemente introdujo un sesgo de selección, al incluir en la submuestra individuos que tienen o se perciben con algún problema de salud; por este motivo, es difícil determinar si el promedio de colesterol total más alto que registró el grupo de edad de 15 a 25 años de la población chilena, se debió a este sesgo, o bien, si este dato es real. ¿Cómo saber si estos valores más altos tienen su origen en el grupo socioeconómico al que pertenecen los universitarios?

En el análisis se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para determinar la relación de todas las variables no lipídicas con las lipídicas; el coeficiente de determinación resultó muy bajo, posiblemente porque en el modelo se incluyeron variables que no tenían ninguna relación. Por tal motivo,

es necesario conocer previamente la fundamentación teórica que explique las relaciones entre las variables para luego confrontarla con el modelo estadístico.

Uno de los grandes retos de la investigación es descubrir nuevos indicadores que nos permitan describir la realidad que observamos; en este sentido, trabajar con población que todavía no presenta de manera clara ni definida la patología que buscamos y, menos aún, los factores que provocan esa patología, es verdaderamente un trabajo fascinante.

*Dra. Liria Yamamoto Kimura,
Profesora del Departamento de Salud Pública,
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México.*

REFERENCIAS

1. Chiang-Salgado MT, Casanueva-Escobar V, Cid-Cea X, González-Rubilar U, Olate-Mellado P, Nickel-Paredes F *et al.* Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos. *Salud Publica Mex* 1999;41(6):444-451.
2. Sundquist J, Johansson SE. The influence of socioeconomic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study. *Int J Epidemiol* 1998;27:57-63.
3. Mheen H van de, Stronks K, Looman CWN, Mackenbach JP. Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors? *Int J Epidemiol* 1998;27:431-437.
4. Escobar-Jiménez, Fernández-Soto M, Barredo F. Epidemiología de la obesidad. En: *La obesidad. Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología*. Madrid: Díaz de Santos, 1994:27-33.
5. Joint Food and Agriculture Organization/World Health Organization/United Nations University Expert Consultation. Energy and protein requirements. Ginebra: WHO (Technical Report Series, núm. 724), 1985:1-47.

Respuesta de los autores

Señor editor: agradezco muy sinceramente los comentarios y sugerencias hechas por la profesora Liria Yamamoto Kimura, con relación a nuestro artículo, aparecido en *Salud Publica Mex* 1999; 41(6):444-451.

Conuerdo plenamente con ella en que se utilizó un criterio de obesidad alto, como es el IMC ≥ 30 kg/m², y en la relación de este índice con la edad y el sexo de las personas evaluadas. Debido a que existe una gran diversidad de criterios con relación a este índice, se prefirió clasificar a las personas según la Organización Mundial de Salud¹ equivalente al grado II de obesidad clásico.^{2,3} Esto, teniendo en cuenta que el grado I (IMC entre 25 y 29.9 kg/m²) puede considerarse más bien una etapa de transición hacia los grados II y III, siendo estos últimos los que realmente inciden en el nivel de riesgo para la salud. Independiente a lo anterior y reconociendo la importancia de conocer la prevalencia de la obesidad grado I en esta población joven, le puedo informar que 25.4% de los varones y 19.5% de las mujeres presentaron esta condición. Asimismo, al considerar el criterio de obesidad según el rango de edad,⁴ 31.3% de los varones y 24.5% de las mujeres están por sobre los niveles deseables para una edad de entre 19 y 24 años, independiente del sexo. Indudablemente el problema de sobrepeso y obesidad cobra importancia mayor, principalmente si consideramos que la población estudiada es joven y que evidentemente es necesario diseñar estrategias de prevención y manejo.

Con relación a los factores de riesgo lipídicos, por razones de espacio, no se presentó toda la información obtenida. Debido a que los factores de riesgo se consideraron como tales, según los criterios señalados por National Cholesterol Education Program,⁵ no se incluyó a la hipertrigliceridemia, como tampoco se informó un análisis más detallado de la hipertensión arterial. La frecuencia de niveles de triglicéridos por sobre el va-

lor deseado⁴ fue un varón y dos mujeres, no alcanzando ninguno de ellos cifras mayores a 500 mg/dl. Tampoco se encontraron valores de presión arterial sistólica por sobre los 150 mmHg o diastólica por encima de los 100 mmHg.

Reconociendo que pudiera existir un sesgo, dadas las características de voluntario de los participantes, es importante destacar que la publicación a la que se hace referencia en nuestro artículo es antigua, y solamente se utilizó para ubicar a nuestra muestra dentro de grupos similares. Es posible que nuestros valores de colesterol total hayan resultado más altos por corresponder a sujetos jóvenes con estilo de vida muy diferente al de años atrás, principalmente en lo que se refiere a hábitos dietéticos, hecho que sabemos está muy relacionado con el aumento del riesgo de enfermedad coronaria. Con relación al nivel socioeconómico podemos señalar que nuestra universidad está compuesta por alumnos de todos los estratos sociales lo cual amplía las características de la muestra. No obstante sería interesante conocer las posibles variaciones debidas a diversas actividades laborales realizadas por los jóvenes.

Indudablemente que este es el inicio de una línea de investigación orientada fundamentalmente a prevenir enfermedades crónicas partiendo de una población joven, asintomática, toda vez que nuestro estudio pretendió sensibilizar a los mismos estudiantes a que en una edad y situación en que todo el futuro está abierto, hay factores presentes que es necesario conocer y manejar.

*Dra. Maria Teresa Chiang S.,
Profesora del Departamento de Fisiopatología,
Facultad de Ciencias Biológicas,
Universidad de Concepción, Concepción, Chile.*

REFERENCIAS

1. Lamon-Fava, Wilson PWF, Schaefer EJ. Impact of body mass index on coronary heart disease risk factors in men and women. *Arterioscl Thromb Vasc Biol* 1996;16:1509-1515.
2. Garrow JS. *Treat obesity seriously: A clinical Manual.* London: Churchill Livingstone, 1981.

3. Barrera M.G. Estándares antropométricos para evaluación del estado nutritivo. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, 1995.

4. Committee on Diet and Health, Food and Nutrition Board, National Research Council. *Diet and Health: Implications for reducing chronic disease risk.* Washington, D.C.: National Academy Press, 1989.

5. National Cholesterol Education Program. National Heart, Lung and Blood Institute. National Institutes of Health. *Second Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel II).* Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, 1993:93-3095.

Comentarios al artículo Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil

El artículo Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil, de Raquel Abrantes Pego, publicado recientemente, *Salud Publica Mex* 1999;41(6):466-474, aborda un campo esencial que requiere ser reconocido y comprendido si se pretende avanzar en la implementación exitosa de políticas públicas en salud. Además, dicho trabajo presenta una perspectiva relevante pero poco utilizada en salud pública: el estudio de la relación entre los actores institucionales y los grupos organizados en salud y los procesos concretos de institucionalización de la participación social.

Este abordaje aporta elementos novedosos y amplía la capacidad analítica de la investigación tradicional en políticas de salud que –con frecuencia– se limita a describir las respuestas que la población tiene frente a las convocatorias puntuales de las instituciones de salud, considerándolas respuestas comunitarias homogéneas, dejando de lado la heterogeneidad y conflictividad de la interacción entre la población, sus diversas formas de organización y los actores institucionales.

Otro acierto del trabajo es la aproximación cualitativa que, además de

analizar los aspectos formales y los objetivos explícitos de las organizaciones ciudadanas que participan en los Grupos Ejecutivos Locales, se enriquece con el seguimiento de reuniones y la revisión de las actas de discusiones y acuerdos. Este acercamiento metodológico permite generar información sobre procesos concretos de participación social, recupe-

rar la dinámica de los distintos actores y matizar las concepciones que otorgan a la participación social (en abstracto) la capacidad de transformar siempre en sentido positivo las condiciones y las políticas de salud.

Por otra parte, muestra que el interés por el papel que juegan los organismos no gubernamentales en el campo

sanitario, puede trascender el ámbito del activismo en salud a través de procesos concretos de investigación que permiten una aproximación científica rigurosa.

*Dra. Oliva López Arellano,
Profesora-investigadora,
Maestría en Medicina Social,
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco,
México.*