

Referencias

1. Das A, Botticello AL, Wylie GR, Radhakrishnan K. Neurologic disability: a hidden epidemic for India. *Neurology* 2012;79:2146-2147.
2. Hajar M, Perez-Nuñez R, Inclan-Valdez C, Silveira-Rodriguez EM. Road safety legislation in Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32:70-76.
3. Borse NN, Hyder AA. Call for more research on injury from the developing world: results a bibliometric analysis. *Indian J Med Res* 2009;129:321-326.
4. Bergen DC, Silberberg D. Nervous system disorders: a global epidemic. *Arch Neurol* 2002;59:1194-1196.

Mortalidad y carga de enfermedad asociadas con el consumo de alcohol

Señor editor: Con la presente enviamos un análisis secundario a la base de datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi) durante el periodo 2006-2010, enfocado en las muertes asociadas con el consumo de alcohol en el Distrito Federal (DF).

Puesto que el consumo de alcohol es considerado la cuarta causa de mortalidad en México¹ y dado que éste es uno de los principales factores de riesgo para la carga de enfermedad,² el cálculo de los años de vida perdidos³ (AVP) permitiría un análisis más detallado de las condiciones de salud de la población y proporcionaría bases para el desarrollo de análisis de costoefectividad,⁴ así como para la evaluación de políticas y programas sanitarios, al ponderar los elementos relacionados con la calidad de vida.⁵

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo fue calcular los AVP asociados con el consumo de alcohol en la población residente del DF, utilizando como causas de muerte los trastornos mentales y de comportamiento derivados del uso de alcohol (F101-F107, F109) y las enfermedades del hígado asociadas con el alcohol (K700-K704, K709) de acuerdo con la CIE-10. El Inegi repor-

tó 6 521 muertes relacionadas con el consumo de alcohol, de las cuales 5 966 correspondían a hombres y 555, a mujeres. De acuerdo con los datos, se obtuvo un total de 118 595 AVP para el periodo de estudio. De éstos, el valor más bajo se presentó en el grupo de edad de 15 a 19 con 254 AVP y el mayor, en el grupo de 45 a 49 con 19 270 AVP.

Para el género masculino, el valor más bajo se presentó en el grupo de edad de 15 a 19 con 254 AVP y el mayor, en el grupo de 45 a 49 con 17 843 AVP. Respecto al sexo femenino, el valor más bajo se reportó en el grupo de edad de 20 a 24 con 84 AVP y el mayor en el grupo de 50 a 54 con 1 582 AVP. De acuerdo con la CIE-10, los trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol representaron sólo 12.25%, mientras que las enfermedades del hígado asociadas con el consumo de alcohol representaron 87.75% del total de AVP. Además, al analizar por año de estudio se observa una tendencia a la baja, con un máximo de 25 698 AVP en 2006 y un mínimo de 22 236 AVP en 2010, lo que equivale a un decrecimiento de 13.47%. Los AVP asociados con el alcohol apuntan a que su consumo es un problema de salud pública que implica pérdidas en la productividad y costos económicos. Estos resultados deben alertar sobre el problema del alcohol en el DF y sobre la necesidad de buscar mejores políticas públicas para reducir su consumo. Al respecto, una alternativa podría ser el incremento de impuestos.

Eduardo Pérez-Pérez, L en Econ,⁽¹⁾

Norberto Francisco Hernández-Llanes, Psicol,⁽¹⁾

Andrea Gallegos-Cari, Psicol, M en C,⁽¹⁾

Rafael Edgardo Camacho-Solis, MC,⁽¹⁾

Miguel Ángel Mendoza-Meléndez, Psicol, MC, Msp en Epidem.^(1,2)

mmendezam@df.gob.mx

⁽¹⁾ Dirección de Investigación y Evaluación, Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. México.

⁽²⁾ Programa de Doctorado Transdisciplinario en Desarrollo Científico y Tecnológico para la Sociedad, Cinvestav-IPN. México.

Referencias

1. Medina-Mora ME. ¿Cuál es la naturaleza del problema que estamos enfrentando? En: Medina-Mora ME, ed. Alcohol y políticas públicas. México: El Colegio Nacional, 2012:3-17.
2. Rehm J, Monteiro M. Alcohol consumption and burden of disease in the Americas: implications for alcohol policy. *Rev Panam Salud Publica* 2005;18(4/5):241-248.
3. Murray CJL. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years. *WHO Bulletin* 1994;72(3):429-445.
4. Medina-Mora ME, García-Tellez I, Cortina D, Orozco R, Robles R, Vázquez-Pérez L, et al. Estudio de costo-efectividad de intervenciones para prevenir el abuso de alcohol en México. *Salud Mental* 2010;33(5):373-378.
5. Seuc AH, Domínguez E. Acerca del cálculo de la carga de las enfermedades por morbilidad. *Rev Cubana de Hig Epidemiol* 2005;43(3):1-8.

Conocimiento y aceptación de la hidroterapia para el parto

Señor editor: Debido a la sinergia de diferentes factores –presión de grupos de mujeres, apoyo de la evidencia, documentos de consenso de sociedades científicas, etcétera– en la actualidad se pretende dar más protagonismo a la mujer en su parto y hacerla partícipe de un proceso cada vez menos medicalizado y más natural. Como parte de esta nueva tendencia se han implementado recursos y terapias de asistencia al parto; ejemplo de éstos es la inmersión en agua caliente.¹⁻³

Ante esta nueva alternativa asistencial, y frente a la novedad que supone tanto para el personal sanitario como para las mujeres, se propuso determinar qué lleva a la mujer a utilizar la inmersión en el agua durante el parto y cuál es la valoración que hace de esta experiencia. Para ello, se realizó una encuesta a mujeres primíparas, con un embarazo de bajo riesgo y que habían utilizado la inmersión en el agua durante el