

FIGURA 1. COMPARACIÓN DE LAS MEDIAS DE PUNTUACIÓN DE ACTIVIDAD INFANTIL ENTRE LOS GRUPOS DE ESTUDIO, DURANTE EL PERIODO JULIO 2013-MARZO 2014 EN SAN LUIS POTOSÍ, MÉXICO

Cuadro 1
PROMEDIO DE PUNTAJE OBTENIDO EN ASTHMA CONTROL TEST INFANTIL EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL DURANTE EL PERIODO JULIO 2013-MARZO 2014 EN SAN LUIS POTOSÍ

	Preintervención	Postintervención	p
Grupo experimental	18.5	24	0.001
Grupo control	19.4	20.8	0.3

extensión al sector gubernamental para la planificación de políticas de salud pública.

Blanca Nohemí Zamora-Mendoza, LE, M en C,⁽¹⁾
Mauricio Pierdant-Pérez, MC, M en C,⁽²⁾
mauricio.pierdant@uaslp.mx
Carlos Adrián Jiménez-González, MC,⁽²⁾
Peter B. Mandeville, M en C,⁽²⁾
Jorge Alberto Rosales-Romo, MC,⁽¹⁾
Martín Sánchez-Aguilar, MC, M en C,⁽²⁾

⁽¹⁾ Subdirección de Enseñanza e Investigación en Salud, Servicios de Salud. San Luis Potosí, México.

⁽²⁾ Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. S.L.P., México.

Referencias

- Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, FitzGerald M, et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: GINA. [Consultado el 5 de diciembre de 2014]. Disponible en: http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_2014_Aug12.pdf
- Rodríguez-Medina R. Nivel de conocimientos acerca del asma en padres de niños asmáticos. *Rev Alergia Mex* 2001; 48(6):156-158.
- Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones Educativas para el asma infantil. [Internet]. España: Centro Cochrane Iberoamericano, 2008 [consultado el 14 de enero de 2002]. Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/>

org/es/CD000326/intervenciones-educativas-para-el-asma-infantil.
4. Plaza-Moral V, Álvarez-Gutiérrez FJ, Casan-Clara P, Cobos-Barroso N, López-Viña A, Llauger-Rosselló MA. Guía española para el manejo del asma (GEMA). *Arch Bronconeumol* 2003; 39 Suppl 15:1-42.

Análisis de desigualdad de la hidatidosis humana en menores de edad. Chile, 2001-2011

Señor editor: En Chile, la hidatidosis humana genera altos costos socioeconómicos y sanitarios.^{1,2} En niños representa infecciones relativamente recientes, donde cada nueva infección significa el fracaso de las medidas preventivas y de control, a la vez que refleja una desigualdad en su ocurrencia.

Este trabajo tiene como objetivo caracterizar la desigualdad de la ocurrencia de esta enfermedad en menores de entre 0 y 18 años de edad en Chile.

Se realizó una identificación del impacto del contexto socioeconómico y demográfico sobre la incidencia de casos de morbilidad en Chile (2001-2011). Además, se emplearon los egresos hospitalarios para el análisis de la razón de tasas (RT), diferencia de tasas (DT), riesgo atribuible poblacional porcentual (RAP%) y coeficiente de Gini. Como indicadores socioeconómicos se emplearon el Producto Interno Bruto (PIB) per capita regional para los años 2008 a 2011 y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) regional 2003.

Del total de notificaciones –todas las edades–, 21.4% corresponde a menores de entre 0 y 18 años, mientras que el registro de egresos hospitalarios es de 19.8%.

La distribución geográfica muestra que la región con mayor tasa de notificación y egresos hospitalarios es Aysén. Sin embargo, destaca la región de la Araucanía con el mayor número absoluto tanto de

casos como de egresos hospitalarios. Es importante citar que la región de la Araucanía presenta el PIB per cápita más bajo dentro del país, con los niveles más elevados de pobreza extrema y pobreza.³

El análisis de desigualdad realizado con los egresos hospitalarios, PIB e IDH, muestra consistentemente que en cada año existe una diferencia importante en el número de egresos hospitalarios, mayor en la región con menor PIB per capita y peor IDH. Por lo tanto, existe un efecto de la gradiente social sobre la presentación de esta enfermedad donde, si se pudieran igualar las condiciones socioeconómicas, podrían evitarse de 37 a 68 egresos.

El RAP% muestra que entre 80 y 100% de los egresos hospitalarios podrían ser evitados si fuera posible eliminar las múltiples exposiciones y vulnerabilidades asociadas con pertenecer a los diferentes grupos sociales.

La desigualdad encontrada en los análisis anteriores queda de manifiesto con el coeficiente de Gini al obtenerse un valor de 0.7, lo que significa que los egresos hospitalarios no se distribuyen homogéneamente entre las regiones.

La pérdida de 458.81 años de vida por el fallecimiento prematuro de sólo siete menores de edad es el impacto de esta enfermedad sobre la mortalidad en AVPP. Se ha de recordar que estas defunciones son muertes evitables, dado que es una enfermedad que tiene medidas de control, normas de diagnóstico y tratamiento.

Es necesario considerar el estudio de los contactos de pacientes, especialmente de los menores de edad, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento precoz.

Finalmente, cada nueva infección refleja el fracaso de las medidas de prevención y control, y si es en

menores –dada la edad– las podemos proyectar como un fracaso actual.

Paulina Martínez Gallegos, Dra.⁽¹⁾
paulinamartinez@yahoo.com

⁽¹⁾ Universidad Diego Portales. Santiago, Chile

Referencias

1. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria N° 158. Santiago, 22 de octubre de 2004. Publicado en el Diario Oficial de 10.05.05 Santiago, Chile [consultado el 19 agosto de 2015]. Disponible en: http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAAhUKEwiHoLbHILbHAhWJEZAKHQSOAJY&url=ht tp%3A%2F%2Fepi.minsal.cl%2Fepi%2Fhtml%2Fno rmas%2FDECRETO158editado.pdf&ei=if7UVce3 HomjwASE6lqwAw&usg=AFQjCNG-HHfZPNu- d9Row6zHL_rO3GfYjg&bvm=bv.99804247,d.Y2I
2. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. 2000. Santiago, Chile [consultado el 19 julio de 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/public/enftransmisibles.pdf> >
3. Martínez P. Caracterización de la mortalidad por Hidatidosis Humana. Chile, 2000-2010. Rev Chil Infect 2014; 31(1):7-15.

Puntos de corte y validación de una ecuación antropométrica para estimar la masa muscular, en el estudio de la sarcopenia en población mexicana

Señor editor: se estima que para el año 2050 los adultos mayores conformarán 28% de la población. Por primera vez, la Ensanut 2012 dedicó un módulo específico para caracterizar las condiciones y retos en salud de esta población.¹ Por su parte, el estado de Nuevo León obtuvo datos para el diagnóstico integral del estado nutricional de los adultos mayores en su Encuesta Estatal de Salud y Nutrición (EESN-NL 2011/2012).² Un padecimiento nutricional importante en este grupo

de edad es la sarcopenia o pérdida de masa muscular. Antes de establecer la prevalencia de sarcopenia en la EESN-NL fue necesario validar dos herramientas para su diagnóstico según los criterios del Grupo Europeo para el Estudio de la Sarcopenia en Adultos Mayores (EWGSOP, por sus siglas en inglés).

La primera herramienta a validar se realizó para evaluar la presencia de masa muscular baja. En particular, se emplearon dos índices basados en la medición de la masa muscular esquelética apendicular (MMEA) y la masa muscular esquelética total (MMET) usando la absorciometría dual de rayos X (DXA). La presencia de masa muscular baja se define menos 2 desviaciones estándar por debajo de la media de un grupo de referencia joven saludable.³ Estos puntos de corte deben ser específicos para un grupo étnico y un estudio en una población del noroeste de México describió que eran inferiores comparados con poblaciones caucásicas.⁴ Por lo tanto, nuestro equipo se propuso comprobar esta observación en una muestra de 436 jóvenes (18-39 años) pero del noreste de México.

La segunda herramienta a desarrollar y validar fue una ecuación antropométrica para estimar la MMEA en 251 adultos mayores (60-86 años). Las ecuaciones para estimar la composición corporal también deben ser específicas para una población. A la fecha, los investigadores mexicanos estaban limitados al uso de la ecuación de Baumgartner de Estados Unidos.³

Los resultados confirmaron que los puntos de corte de IMMEA e IMMET (hombres: 6.35 y 7.22 kg/m²; mujeres: 4.48 y 4.91 kg/m², respectivamente) son inferiores a los observados en otras poblaciones ($p<0.001$), excepto en dos estudios de China para el IMMEA.