

No. 47 de San Luis Potosí, México. Se seleccionaron los elementos muestrales con método probabilístico, utilizando un modelo aleatorio simple; se realizó el análisis estadístico por medio del programa STATS versión 2.0. En los resultados se observó que el mayor número de pacientes fue del género femenino, con un porcentaje de 63% (259 pacientes) del total de la muestra, con una media de edad de  $59 \pm 10$  años. Se diagnosticó hipertensión arterial en 84% de la muestra (344 pacientes), obesidad en 12% (50 pacientes) y dislipidemia en 0.8% (3 pacientes). Con base en los modelos de riesgo cardiovascular establecidos para su comparación en este estudio, se encontró con Framingham que 42.4% de la muestra resultó con un porcentaje de riesgo >20% al realizar el cálculo; 21% resultó con un porcentaje de riesgo <10%. En comparación con ATP III, se obtuvo 81.6% con porcentaje de riesgo <10%, y una subestimación del riesgo alto en 5.8% con porcentaje de riesgo >20%. Con los resultados anteriores se interpreta que el hecho de tener diagnóstico de diabetes puede aumentar en gran medida el porcentaje de riesgo car-

diovascular, y llegar a riesgo alto. Comparando ambos modelos con WHO/ISH, se observó que a pesar de tomar en cuenta el diagnóstico de DM2, se obtuvieron resultados similares a los de ATP III: se obtuvo un mayor porcentaje de pacientes, 67.8%, con riesgo <10%; subestimando el riesgo >20%, con un porcentaje de 7.8%. Por lo observado en el presente estudio, existe una diferencia estadísticamente significativa al calcular el riesgo con los tres modelos (figura 1), sin embargo, Framingham estima correctamente el porcentaje de pacientes con riesgo alto, por lo que sugerimos considerar este modelo como el más confiable para su aplicación en nuestra población.

Elisa Paola Garza-López, MG,<sup>(1)</sup>  
epgl\_11090@hotmail.com

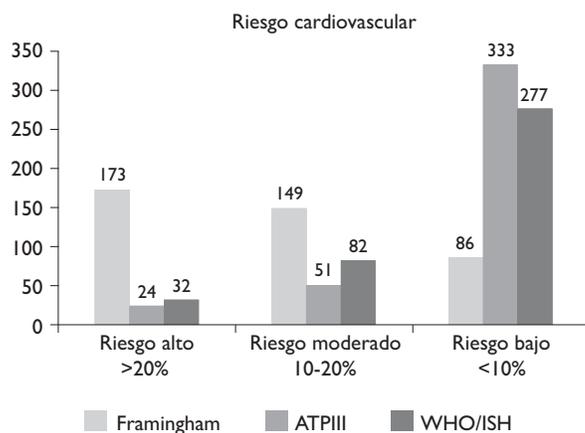
Rosendo Silva-Ruiz, M Intern,<sup>(1)</sup>

Carlos Vicente Rodríguez-Pérez, M Fam.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Escuela de Medicina, Universidad Cuauhtémoc. Campus San Luis Potosí, México.

<sup>(2)</sup> Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 47, Instituto Mexicano del Seguro Social. San Luis Potosí, México.

<https://doi.org/10.21149/8511>



**FIGURA 1. COMPARACIÓN DEL RIESGO ENTRE LOS TRES MODELOS. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47. MÉXICO, MAYO 2016**

## Referencias

- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- Escobedo-de la Peña J, Buitrón-Granados LV, Ramírez Martínez JC, Chavira Mejía R, Schargrodsky H, Marcet Champagne B. Diabetes en México. Estudio CARMELA. CirCir 2011;79(5):424-431.
- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Síntesis Ejecutiva. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
- D'Agostino R, Vasan R, Pencina M, Wolf P, Cobain M, Massaro J, Kannel W. General cardiovascular Risk profile for Use in Primary Care. The Framingham Heart Study. Circulation 2008;117(6):743-753. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.699579>
- US Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program. ATP III Guidelines AT-A-Glance Quick Desk Reference. NIH Publication No. 01-3305, May 2001. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/atglance.pdf>
- Al-Lawati JA, Barakat MN, Al-Lawati NA, Al-Maskari MY, Elsayed MK, Al-Zakwani IS. Cardiovascular risk assessment in diabetes mellitus: comparison of the General Framingham Risk Profile versus the World Health Organization/ International Society of Hypertension Risk Prediction Charts in Arabs – Clinical implications. Angiology 2012;64(5):336-342. <https://doi.org/10.1177/0003319712458349>

## Influenza en el Estado de México: de la pandemia a la endemia

Señor editor: Con el objetivo de tomar ciertas decisiones en cuanto a políticas locales de prevención de influenza, tomando como base la pandemia de 2009,<sup>1,2</sup> y considerando cuestionamientos como cuál ha sido el comportamiento de la influenza desde la pandemia y si ha prevalecido AH1N1-PDM09, ponemos a su consideración el análisis epidemiológico de la morbilidad asociada con los

casos corroborados de los diferentes tipos de influenza en cada temporada, a partir de la pandemia a la fecha en el Estado de México, enfocados principalmente en la vigilancia de la influenza pandémica, tal y como se ha hecho en otras partes desde la pandemia española de 1918.<sup>3,4</sup>

Revisamos de forma retrospectiva los concentrados anuales de cada temporada (2009-2016) reportados como casos sospechosos y que fueron confirmados positivos a algún tipo de virus de influenza por el laboratorio estatal. Ello con base en la plataforma diseñada por la DGE. Acorde con ello, registramos un total de 17 177 casos sospechosos. A todos, como parte de los lineamientos federales, se les tomó muestra para identificar influenza a 100% de los hospitalizados vs 10% de los ambulatorios; de los cuales 3 829 (22.2%) resultaron positivos para algún tipo de virus influenza. Predominó AH1N1PDM-09 con 2 227 casos (58.16%) en las siete temporadas, seguido de AH3 (734 casos), influenza A endémica (475 casos) e influenza B con 393 casos. Esta última cepa de influenza se mostró a la alza en la temporada 2015-2016, a

diferencia de las otras seis temporadas, destacando, después de la pandemia, un aumento de casos cada dos años.<sup>5,6</sup> Al determinar el total de virus identificados por cada temporada, vemos que en las temporadas 2009-2010 y 2015-2016 se registró el mayor número de casos confirmados de influenza, correspondiendo, en su mayoría, a esta última temporada (903 vs 871), seguidos de las temporadas 2013-2014 y 2011-2012 con 713 y 664 casos confirmados, respectivamente. Las temporadas 2014-2015, 2012-2013 y 2010-2011 tuvieron relativamente muchos menos casos confirmados, con 224, 220 y 214, respectivamente. La relación de frecuencias y porcentajes correspondientes se pueden ver en el cuadro I.

Posterior a la pandemia, el curso de la enfermedad fue de alzas en relación con la temporada anterior; llama la atención que esto fue cada dos años (2011-2012, 2013-2014 y 2015-2016), así como el hecho de que en las otras temporadas (2010-2011, 2012-2013 y 2014-2015) el número total de casos confirmados por temporada fue muy significativo, pero con muchos menos casos. Independientemente de ello,

el curso estacional que presentó el virus pandémico desde 2009-2016 fue durante las temporadas de otoño e invierno, sobre todo en los meses de enero y febrero (figura 1). A partir del objetivo de vigilancia enfocado a casos causados por influenza AH1N1PDM, se puede hacer el importante el señalamiento de que estos han predominado en los meses de diciembre a marzo,<sup>3,4</sup> y han mostrado un curso bianual en cuanto al incremento en los casos confirmados, por lo que podríamos considerar:

1. Posiblemente la siguiente temporada 2016-2017 no se tenga un número elevado de casos de influenza pandémica.
2. Idealmente, en el Estado de México la vacunación contra influenza debe ser prioritaria hasta las semanas 48-50.
3. Realizar un triage más puntual de pacientes para mejorar el dispendio de recursos.

José de Jesús Coria-Lorenzo, *Infect Pediat*,<sup>(1,2)</sup>

*jjcoril@yahoo.com*

Enrique Rafael Ortiz-García, *Infect Pediat, M en SP*,<sup>(1)</sup>

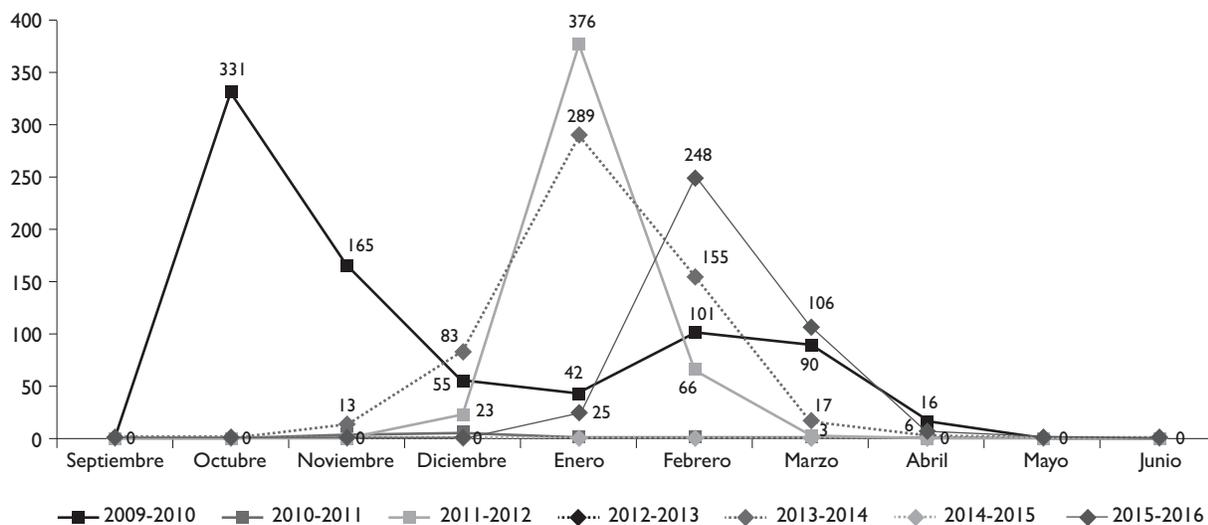
Xochitl Mirón-Calderón, *M en SP*,<sup>(3)</sup>

Elizabeth Dávila Chávez, *M en Admon de Sist de Sal*,<sup>(4)</sup>

**Cuadro I**  
**RELACIÓN DE FRECUENCIAS/PORCENTAJES (~) DE TIPO DE VIRUS IDENTIFICADO POR TEMPORADA\***  
**Y PORCENTAJE DEL TOTAL DE VIRUS IDENTIFICADOS POR CEPA AISLADA (◀) POR TEMPORADA N= 3 829.\***  
**ESTADO DE MÉXICO, 2009-2016**

Tipo de virus		2009-2010 (%)	2010-2011 (%)	2011-2012 (%)	2012-2013 (%)	2013-2014 (%)	2014-2015 (%)	2015-2016 (%)	Total
AH1N1PDM	(~)	801 (20.91)	10 (0.26)	468 (12.22)	2 (0.04)	560 (14.62)	1 (0.02)	385 (10.05)	2 227
	(◀)	(35.96)	(0.44)	(21.01)	(0.08)	(21.14)	(0.16)	(17.28)	100
INF-A	(~)	68 (1.77)	138 (3.60)	171 (4.46)	17 (0.44)	41 (1.07)	12 (0.31)	28 (0.73)	475
	(◀)	(14.31)	(29.05)	(36)	(3.57)	(8.63)	(2.52)	(5.89)	100
INF-B	(~)	1 (0.02)	11 (0.28)	5 (0.13)	88 (2.29)	29 (0.75)	58 (1.51)	201 (5.24)	393
	(◀)	(0.25)	(2.79)	(1.27)	(22.39)	(7.37)	(14.75)	(51.14)	100
AH3	(~)	1 (0.02)	55 (1.43)	20 (0.52)	113 (2.95)	103 (2.68)	153 (3.99)	289 (7.54)	734
	(◀)	(0.13)	(7.49)	(2.72)	(15.39)	(14.3)	(20.84)	39.37	100
Totales		871	214	664	220	733	224	903	3 829
Promedios		(22.74)	(5.58)	(17.34)	(5.74)	(19.14)	(5.85)	(23.58)	100%

\*Temporada: comprende de la semana 40 a la 20 del siguiente año



**FIGURA I. CASOS CONFIRMADOS DE INFLUENZA AH1N1-PDM POR TEMPORADA EVALUADA N=2 227. ESTADO DE MÉXICO 2009-2016**

Evelyn Pla-Esquivel, L en Enf, M en SP,<sup>(2,5)</sup>  
 Héctor Hail Reséndiz-Tinajero, M en SP,<sup>(6)</sup>  
 Alfredo Nava-Ruiz, M Gra,<sup>(2)</sup>  
 Martha Yolanda Martínez-Marroquín, M en SP,<sup>(2)</sup>

- <sup>(1)</sup> Subdirección de Epidemiología. Instituto de Salud del Estado de México. México.
- <sup>(2)</sup> Programa de Influenza, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.
- <sup>(3)</sup> Departamento de Enfermedades Transmisibles y Micobacteriosis. Instituto de Salud del Estado de México. México.
- <sup>(4)</sup> Dirección General. Instituto de Salud del Estado de México. México.
- <sup>(5)</sup> Programa de Parálisis Flácida Aguda, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.
- <sup>(6)</sup> Departamento de Vigilancia Epidemiológica, Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.

<https://doi.org/10.21149/8391>

## Referencias

1. Pérez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L. Respiratory medicine and the new A/H1N1 flu: from a Mexican point of view. Arch Bronconeumol 2009;45:313-314. [https://doi.org/10.1016/S1579-2129\(09\)72428-0](https://doi.org/10.1016/S1579-2129(09)72428-0)
2. Serrano-Sierra A, Pérez-Robles V, Nava-Frías M, Villa-Guillén M. Experiencia en el Hospital de México Federico Gómez ante la epidemia por el virus FluA/SW H1N1: Reporte preliminar. Bol Med Hosp Infant Mex 2009;66:301-305.

3. Cenaprece. Preguntas frecuentes de influenza (profesionales de la salud). Ciudad de México, Cenaprece, 2014 [citado sep 21, 2016]. Disponible en: [www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../influenza/.../preguntas\\_frecuentes\\_influenza\\_20 ene.2014](http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/.../influenza/.../preguntas_frecuentes_influenza_20 ene.2014)
4. Reid AH, Janczewski TA, Lourens RM, Elliot AJ, Daniels RS, Berry CL, et al. 1918 influenza pandemic caused by highly conserved viruses with two receptor-binding variants. Emerging Infectious Diseases 2003;9(10):1249-1253. <https://doi.org/10.3201/eid0910.020789>
5. Centers for Disease Control and Prevention. Influenza (Flu): how the flu virus can change: "Drift" and "Shift" [citado sep 20, 2016]. Atlanta: CDC, 2014. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses/change.htm>
- 6.- Talledo M, Zumaeta K. Los virus Influenza y la nueva pandemia A/H1N1. Revista Peruana de Biología 2009;16(2):227-238.

## Comprendiendo los factores que determinan la distorsión perceptiva de la imagen corporal en adolescentes

*Señor editor:* Hago llegar avances preliminares de una investigación diseñada para profundizar en los efectos que producen las relaciones sociales y la satisfacción con el entorno relacional en el desarrollo de

distorsiones perceptivas de la imagen corporal, en población adolescente de sexo femenino.

En las últimas décadas se ha incrementado la prevalencia de la obesidad infantil. La OMS estima que a nivel mundial existen 43 millones de menores de cinco años que presentan sobrepeso. En México, esta cifra ronda los cuatro millones. La evidencia sugiere que existe relación entre sobrepeso y desarrollo de trastornos somatomorfos como el trastorno dismórfico corporal (TDC).<sup>1</sup>

El diagnóstico del TDC exige que se den las siguientes condiciones: a) una preocupación excesiva por una imperfección física; b) que dicha preocupación desemboque en una patología clínica, y c) que no sea explicable debido a la concurrencia de otro trastorno mental.<sup>2</sup> Algunos estudios indican que la prevalencia del TDC en muestras comunitarias fluctúa entre 0.6 y 2.5%.<sup>3</sup>

Analizar el contexto relacional es pertinente debido a la capacidad de influencia que ejerce el grupo de pares en el ajuste psicosocial de los adolescentes.<sup>4,5</sup>