

El *kütran* corresponde al desequilibrio existente entre la persona y su ambiente. Se manifiesta en el quiebre de las relaciones sociales mediante odio, miedo o mentira.² Estos aspectos se contagian a la comunidad y al ambiente hasta causar escasez de alimentos, enfermedad del ganado o las personas y desaparición de *lawen*.

Los mapuches destacan por respetar la naturaleza procurando no quebrantar el equilibrio.³ Este respeto promueve *küime mogen* (buen vivir), concepto que, en salud, considera un estado de relación horizontal hombre-naturaleza: el *che* es un complemento para el desarrollo armónico de ésta, donde la obtención de *lo justo* es clave para lograr salud. Esta situación resulta contraria al modelo actual de consumo y extracción, precursor de *kütran*.

El proceso terapéutico mapuche intenta restablecer el equilibrio,³ lo cual se contrapone con las políticas de salud vigentes, que principalmente focalizan sus esfuerzos en función de indicadores de cobertura. De esta forma, hasta que los encargados de generar políticas en salud no consideren la cosmovisión indígena, se mantendrá un estado de "pobreza",⁴ efecto que no sólo se asocia con lo social, sino también con lo ambiental y lo espiritual.

Elizabeth Meza-Calfunao, M en Educ,⁽¹⁾
Rolando Díaz-Fuentes, D en C Educ,⁽¹⁾
rolando.diaz@ufrontera.cl
Ana María Alarcón-Muñoz, D en Antrop.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

<https://doi.org/10.21149/8988>

Referencias

1. Caniullan V. Mundo mapuche y su medicina. Temuco, Chile: Centro de Estudios Socioculturales, Universidad Católica de Temuco, 2000.
2. Marileo A. Mundo Mapuche. Chile: Meridión Comunicaciones, 2002.
3. Viniegra-Velázquez L. El bien vivir: ¿cuidado de la salud o proyecto vital? Primera parte. Boletín Médico del Hospital Infantil de México.

2016;73(2):139-46. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.01.001>

4. Guardiola J, García-Quero F. Buen Vivir (living well) in Ecuador: community and environmental satisfaction without household material prosperity? *Ecological Economics*. 2014;107:177-84. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2014.07.032>

Dislipidemia aterogénica, factor subdiagnosticado para las complicaciones cardiovasculares

Señor editor: Actualmente, las complicaciones cardiovasculares están muy generalizadas en la población, ya que representan la primera causa de muerte a nivel global con 17.3 millones al año;¹ la dislipidemia aterogénica es uno de los principales factores que contribuyen a su progreso, inclusive en pacientes con valores normales de lipoproteína de baja densidad (LDL).² A pesar de esta realidad, la dislipidemia aterogénica es por lo general subdiagnosticada,³ debido a esto se determinó la frecuencia de dislipidemia aterogénica en pacientes que se hacen estudios bioquímicos de rutina.

Se seleccionaron 267 pacientes mayores de 18 años que acuden a consulta general y que se realizaron un control rutinario de sus valores bioquímicos en el Laboratorio Arriaga de la ciudad de Guayaquil, Ecuador, en el primer trimestre del año 2012. Se consideró para este estudio como dislipidemia aterogénica valores de triglicéridos (TG) mayores a 1.14 mmol/L (150 mg/dL) y colesterol-HDL inferiores a 1.295 mmol/L (40 mg/dL). La tolerancia a la glucosa se midió mediante el índice de modelo homeostático de evaluación de la resistencia en insulina (HOMA-IR) con la fórmula descrita por Matthews, (HOMA-IR = insulina en ayunas x glucosa en ayunas / 405).

De los 267 pacientes, 159 son mujeres y 108 hombres. El 42% (n=46) de los hombres y 17% (n=27) de las mu-

jerer presentan dislipidemia aterogénica. Además, se encontró que dentro de los pacientes con dislipidemia aterogénica, 20% de los hombres y 25% de las mujeres presentaban normal tolerancia a la glucosa. Se observó un resultados similar en el estudio de González Chávez y colaboradores⁴ que incluyó 177 individuos de ambos sexos, donde 38.6% de los sujetos sin resistencia a la insulina presentaron relación TG/HDL-C elevada; es decir, que aun en ausencia de alteraciones en el metabolismo de glucosa, existe riesgo de dislipidemia aterogénica.

En la mayoría de los reportes clínicos no se incluye la dislipidemia aterogénica, ni se considera en el momento de evaluar presencia de riesgos de complicaciones cardiovasculares. Es importante realizar estudios sobre este tema para profundizar en el riesgo de su aparición en pacientes con tolerancia normal a la glucosa e incluirlos en el control rutinario y la intervención oportuna mediante dieta y ejercicios para prevención de complicaciones cardiovasculares.

María Magdalena Aray-Andrade, M en Bioc Aplic,⁽¹⁾
maray@uees.edu.ec

Edith Elizabeth López-Montanero, M en Anál Sanit,⁽¹⁾
Joselyne Ariana Preciado-Gómez,⁽¹⁾

⁽¹⁾ Escuela de Medicina,
Universidad Espíritu Santo. Ecuador.

<https://doi.org/10.21149/9003>

Referencias

1. Laslett L, Alagona P, Clark B, Drozda J, Saldívar F, Wilson S, et al. The worldwide environment of cardiovascular disease: Prevalence, diagnosis, therapy, and policy issues. *J Am Coll Cardiol*. 2012; 60(25):S1-49. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2012.11.002>
2. De la Sierra A, Gorostidi M, Aranda P, Corbella E, Pintó X. Prevalencia de dislipemia aterogénica en hipertensos españoles y su relación con el control de la presión arterial y el daño orgánico silente. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68(7):592-8. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2014.07.030>
3. Foro Dislipidemia Aterogénica. Consenso multidisciplinar sobre dislipidemia aterogénica.

Clin Invest Arterioscl. 2013;25(2):83-91. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2013.03.001>
4. González-Chávez A, Simental-Mendía LE, Elizondo-Argueta S. Relación triglicéridos/colesterol HDL elevada y resistencia a la insulina. Cir Cir. 2011;79:126-31.

Mortalidad materna y leyes de aborto en México: comentarios al artículo de Koch y colaboradores

Señor editor: Un estudio realizado por Koch y colaboradores que analizó la asociación entre la legislación de aborto y la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel estatal en México, concluyó que los estados con legislación restrictiva “muestran consistentemente menor RMM”.¹ El estudio presenta importantes sesgos y limitaciones:

Clasificación de los estados por estatus legislativo

El estudio clasifica a los estados de México como “mayor o menor permisivos” basándose en sus causales legales. Los autores asumieron arbitrariamente la causal malformación congénita para identificar a los estados mayormente permisivos (14 estados); no justifican adecuadamente esta clasificación ni analizan la implementación efectiva de la causal. Se ignora una clasificación obvia: la Ciudad de México despenalizó el aborto a demanda de la mujer, y ha realizado un número importante de interrupciones legales, comparada con los estados que sólo cuentan con causales limitadas y poco implementadas.

Fuente de datos para estimar RMM

Koch y colaboradores usaron los nacimientos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) como denominador de la RMM, ocasionando una subestimación de la misma. Diversas instituciones reportan los nacimientos en

México: el INEGI publica anualmente los nacimientos registrados en los registros civiles independientemente del año de ocurrencia.² El Subsistema de Información Sobre Nacimientos (Sinac) registra los nacimientos hospitalarios,³ pero no reporta los ocurridos fuera de los hospitales (4.4%).⁴ El Consejo Nacional de Población (Conapo) generó estimaciones corregidas.⁵ Al utilizar los nacimientos de INEGI se subestima la RMM y con los del Sinac se sobreestima; las estimaciones de Conapo arrojan una RMM intermedia.

Interpretación de la RMM según la residencia de la mujer y la ocurrencia de la defunción

La RMM se estima a partir del número de muertes maternas (numerador) y el número de nacimientos (denominador). Al considerar la residencia de la mujer, la defunción se contabiliza como muerte materna del estado. Al considerar la ocurrencia de la defunción, esa muerte materna contará para el estado en donde ocurrió. En la Ciudad de México se concentran los hospitales de alta especialidad, ahí se atienden casos internos y foráneos de alto riesgo. En 2010, el principal motivo de atención en pacientes foráneas atendidas en la Ciudad de México fueron las causas maternas. Koch no justifica este sesgo en sus estimaciones para la Ciudad de México.

Diseño del estudio

Los autores definen al estudio como “un experimento natural”; sin embargo, no justifican claramente el diseño, el tiempo y el tipo de la intervención. Las leyes de aborto en México no se distribuyen aleatoriamente, los autores no utilizan técnicas estadísticas para limpiar la endogeneidad en la asociación, ni asumen criterios sólidos de clasificación.

En un estudio previo⁶ replicamos el análisis de Koch y colaboradores y reanalizamos los datos usando los

criterios antes descritos. Los resultados nos llevaron a conclusiones diferentes a las de Koch y colaboradores. Identificamos que las leyes de aborto “más permisivas” no están asociadas con mayor RMM a nivel estatal. Se sugiere consultar dicha publicación para conocer con mayor detalle los resultados.

El impacto de los cambios en las leyes y en el acceso legal al aborto es un tema de gran relevancia en México y en el mundo. Establecer la causalidad entre las leyes y la mortalidad asociada con el aborto resulta complejo, sobre todo en contextos como el mexicano, en donde la mortalidad materna es baja. Hacemos un llamado a la comunidad académica para mejorar la información sobre el aborto, así como ampliar la investigación en el tema, estrictamente apegada a tres criterios: 1) transparencia, 2) reconocimiento de las limitaciones de los datos y 3) contextualización de los resultados.⁷

Biani Saavedra-Avendano, MSc,⁽¹⁾
Raffaella Schiavon, MD,⁽²⁾
Blair G Darney, PhD, MPH,^(1,3)
bgdarney@gmail.com

⁽¹⁾ Instituto Nacional de Salud Pública.
Cuernavaca, Morelos, México.

⁽²⁾ Ipas-México. Ciudad de México, México.

⁽³⁾ Department of Obstetrics & Gynecology,
Oregon Health & Science University.
Portland, Oregon, USA.

<https://doi.org/10.21149/18973>

Referencias

1. Koch E, Chireau M, Pliego F, Stanford J, Haddad S, Calhoun B, et al. Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states. *BMJ Open*. 2015;5(2):1-22. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006013>
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Registros administrativos [internet]. Aguascalientes: Inegi; 2016. Natalidad [citado febrero 9, 2017]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/registros/vitales/natalidad/default.aspx>
3. Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. [internet]. SINAC: Subsistema de Información en Salud.