

uno cursó con fotosensibilización por clofazimina. Presentaron reacciones leprosas 71 pacientes (cuadro II).

El cuadro III muestra el estado clínico de los casos a diciembre de 2013, momento de término del estudio. Cinco pacientes no concluyeron tratamiento por efectos secundarios como hemólisis, hepatotoxicidad o exacerbación de comorbilidades (hepatitis B, cirrosis, epilepsia e insuficiencia renal), y terminaron un periodo de vigilancia extendida (10 años), sin actividad del padecimiento; trece fueron diagnosticados en el CDY y en la actualidad 11 continúan en Campeche (originarios) y 2 en el Instituto Mexicano del Seguro Social

(afiliados). Un caso renuente (LT) curó de forma espontánea.

Lo anterior refleja un buen control de los pacientes; sin embargo, persisten los prejuicios y recursos materiales y humanos insuficientes para una cobertura adecuada, por lo que la educación comunitaria, el seguimiento estrecho y la investigación epidemiológica continúan formando parte de la atención.

Agradecimientos

Al enfermero Rafael Moguel Marín, por su amistad y apoyo incondicionales, y por su dedicación constante a los enfermos de lepra durante 55

años de incansable trabajo dentro y fuera del Centro Dermatológico de Yucatán Fernando Latapí.

Carlos Atoche, Dermat,⁽¹⁾
 Edoardo Torres-Guerrero, Dermat,⁽¹⁾
 drlalo2005@hotmail.com,
 lalatorresg@yahoo.com.mx
 Felipe Vargas, Dermat⁽²⁾
 Roberto Arenas, Dermat.⁽²⁾

(1) Centro Dermatológico de Yucatán Dr. Fernando Latapí, Yucatán, México.

(2) Sección de Micología, Hospital Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México

Cuadro II
ESTADOS REACCIONALES DURANTE EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES.
YUCATÁN, 1950-2013

Reacciones leprosas	Durante monoterapia	Transición de monoterapia a poli quimioterapia	Durante poli quimioterapia	Total de pacientes
Eritema nudoso (EN)	18	8	14	39
Eritema multiforme (EM)	0	2	1	3
Fenómeno de Lucio	1	1		2
Reacción de reversa	1	0	22	23
EN más EM	0	3	0	3
Orquitis y condritis	0	0	1	1
Total				71

Fuente: expedientes del archivo del Centro Dermatológico de Yucatán

Cuadro III
ESTADO CLÍNICO DE LOS PACIENTES AL TÉRMINO DEL ESTUDIO.
YUCATÁN, 1950-2013

Situación actual	Vigilancia terminada	En vigilancia	En tratamiento	Tx. en Campeche o IMSS	Post vigilancia Tx. incompleto	Fallecidos	Renuente	Perdido
Núm. de pacientes	148 (75.52%)	12 (6.13%)	8 (4.08%)	13 (6.64%)	5 (2.56%)	8 (4.08%)	1 (0.51%)	1 (0.51%)
Cura sin secuelas	160 (81.55%)							
Secuelas grado 1	17 (8.75%)							
Secuelas grado 2	19 (9.75%)							
Total: 196 pacientes								

Ningún fallecido murió por causas relacionadas con el padecimiento (casos antiguos, nacidos entre 1921 y 1931) o con comorbilidades (un paciente hepatópata y uno más diabético descontrolado)
 Secuelas de grado 1: disestesias y parestesias. Grado 2: alteraciones tróficas, motoras y visuales⁶
 Fuente: expedientes del archivo del Centro Dermatológico de Yucatán

Referencias

- Arenas R. Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5ta. ed. México: McGrawHill, 2013:421-435.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Lepra, programa de acción específico 2007-2012. México: Secretaría de Salud, 2008.
- González-Urueña J. La lepra en México. Buenos Aires: Editorial El Ateneo, 1941:84-90, 700-704.
- Rodríguez LC, Lockwood D. Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps. Lancet Inf Dis 2011; 11(6):464-470.
- Secretaría de Salud. Distribución de casos nuevos de enfermedad por grupos de edad. México: SUIVE, Secretaría de Salud, 2011.
- Shen J. Current situation of leprosy colonies/ leprosaria and their future in P.R. China Lepr Rev 2007;78(3):281-289.

Condición física saludable y riesgo cardiovascular en jóvenes con discapacidad intelectual

Señor editor: en la presente adjuntamos los resultados de un estudio preliminar que pretendió evaluar el nivel de condición física saludable (CFS) y riesgo cardiovascular incrementado (RCVI) en jóvenes españoles con discapacidad intelectual (DI).

En España, aunque no hay estadísticas precisas, se estima que la población con DI podría rondar las 400 000 personas.¹ Como ocurre con el resto de la población dependiente, su atención implica elevados costos económicos, tal y como se ha constatado en España² y en otros países.³ Sin

embargo, quedan todavía algunas incógnitas por develar en relación con el estudio de su estado de salud; el papel de la condición física es una de ellas. La CFS parece ser un marcador predictivo válido de riesgo de enfermedad cardiovascular en la juventud⁴ y altos niveles de CFS se han relacionado con una mejor salud en personas con DI.⁵ No obstante, existe evidencia limitada sobre el nivel CFS de jóvenes con DI en España y, en parte, podría ser debido a la escasez de pruebas desarrolladas específicamente para esta población. Esta circunstancia aconsejó realizar un estudio para valorar el nivel de CFS de jóvenes españoles con DI y analizar su posible asociación con RCVI.

El estudio midió peso, talla, perímetro de cintura (PC), presión arterial y frecuencia cardíaca en reposo a 29 individuos (15 mujeres y 14 hombres) con edad media de 19.4 años, de los cuales 20.7% eran jóvenes con síndrome de Down (SD). Se calculó RCVI a partir de índice masa corporal (IMC) y PC. La CFS se valoró mediante 11 pruebas siguiendo el protocolo estandarizado de la batería "Brockport Physical Fitness Test" para jóvenes con DI.⁶ Los individuos con IMC correspondiente a sobrepeso (25.0–29.9 kg/m²) y obesidad (≥30.0 kg/m²) y

hombres y mujeres con valores de PC>102 y >88 cm, respectivamente se incluyeron en el grupo de RCVI. Asimismo, la muestra se dividió en dos grupos en función del nivel de DI en leve y moderada, según criterios de consenso.

Los resultados obtenidos mostraron que el nivel de DI no pareció una variable que afectara de manera significativa al estado de CFS de la muestra, a excepción de la flexibilidad (cuadro I). Sin embargo, pertenecer al grupo de DI moderada se asoció con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular ($p=0.042$). Respecto a grupos por riesgo cardiovascular, no se encontraron diferencias significativas en relación con puntuación en CFS. El valor de IMC tampoco mostró correlación con las puntuaciones de CFS, con la excepción lógica de la variable composición corporal. El principal hallazgo de nuestro estudio fue que el grado de DI parece tener influencia sobre el RCVI pero no así sobre la CFS. A nuestro entender, éste es el primer estudio que ha evaluado CFS y RCVI conjuntamente en una muestra de jóvenes con DI, incluidos sujetos con SD. Por lo tanto, los datos obtenidos podrían ser de interés para el futuro desarrollo de las estrategias

de salud pública dirigidas a este colectivo. La falta de estudios similares ha limitado las oportunidades de comparación y discusión de nuestros resultados.

Rodolfo Iván Martínez-Lemos, D en C del Deporte,⁽¹⁾
ivanmartinez@urigo.es
Carlos Ayán-Pérez, D en C del Deporte,⁽¹⁾
José M^o Cancela-Carral, D en C del Deporte.⁽¹⁾

(1) Facultad de CC.EE. e do Deporte,
Departamento de Didácticas Especiales,
Universidad de Vigo, Galicia, España

Cuadro I
PUNTUACIÓN EN CONDICIÓN FÍSICA SALUDABLE EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Variable	Todos (N=29) X ± SD	DI ligera (n=15) X ± SD	DI moderada (n=14) X ± SD	p value	T student (IC95%)
STCSF _(mm)	39.65 ± 14.95	36.49 ± 15.91	43.05 ± 13.60	0.245	-6.55(-17.87 to 4.75)
TAMT _(min)	5.25 ± 6.84	5.43 ± 7.19	5.07 ± 6.71	0.890	0.36(-4.94 to 4.75)
TLT _(cm)	25.91 ± 5.78	26.77 ± 5.02	25.00 ± 6.58	0.421	1.76(-2.67 to 6.20)
MCUT _(rep)	4.31 ± 4.36	4.80 ± 5.33	3.79 ± 3.14	0.542	1.01(-2.35 to 4.38)
EAHT _(sec)	10.23 ± 18.96	13.12 ± 23.46	7.15 ± 12.74	0.407	5.97(-8.56 to 20.50)
DGST _(kg/cm2)	15.31 ± 9.91	15.87 ± 10.81	14.71 ± 9.23	0.760	1.15(-6.53 to 8.84)
BSSRTL _(cm)	8.05 ± 8.31	4.77 ± 5.44	11.57 ± 9.55	0.025*	2.86(-12.67 to 0.93)
BSSRTRF _(cm)	7.56 ± 7.83	4.53 ± 4.93	10.82 ± 9.17	0.028*	2.70(-11.84 to -0.73)

Composición Corporal (STCSF); test de función aeróbica (TAMT); test de fuerza de extensión y flexibilidad de tronco (TLT); test de fuerza-resistencia abdominal (MCUT); test de fuerza de miembros superiores (EAHT),(DGST); flexibilidad (BSSRTL), (BSSRTRF)

* 0.05, nivel de significancia

Referencias

- Martinez-Leal R, Salvador-Carulla L, Gutiérrez-Colosia MR, Nadal M, Novell-Alsina R, Martorell A, et al. Health among persons with intellectual disability in Spain: the European POMONA-II study. *Rev Neurol* 2011;53(7):406-414.
- Sosvilla-Rivero S, Moral-Arce I. Estimation of the number of individuals entitled to dependency benefits and of the associated cost of care in Spain for 2007-2045. *Gac Sanit* 2011;25 suppl 2:66-77.
- Urquieta-Salomón JE, Figueroa JL, Hernández-Prado B. El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad: un análisis en población pobre de México. *Salud Publica Mex* 2008;50(2):136-146.
- Ruiz JR, Castro-Pinero J, Artero EG, Ortega FB, Sjostrom M, Suni J, et al. Predictive validity of health-related fitness in youth: a systematic review. *Br J Sports Med* 2009;43(12):909-923.
- Oppewal A, Hilgenkamp TI, van Wijck R, Evenhuis HM. Cardiorespiratory fitness in individuals with intellectual disabilities: a review. *Res Dev Disabil* 2013;34(10):3301-3316.
- Winnick J, Short FX. *The Brockport Physical Fitness Test*. Champaign, IL: Human Kinetics, 1999.

Regarding articles about Cali Cancer Registry I

Dear editor: With great interest we read the series of papers produced by the population-based cancer registry of Cali in Colombia on the situation in breast, colorectal and prostate cancer in this country.¹⁻³

The Cali Cancer Registry has been of great value for cancer information and resource planning in Colombia for more than 50 years now. Besides providing valuable