

La obesidad y la pobreza en el Ecuador. En respuesta.

Señor Editor: La obesidad se considera uno de los problemas de Salud Pública más preocupantes en el ámbito mundial, porque genera elevados costos en salud, reducción de la esperanza de vida y las estrategias de prevención han sido poco exitosas.¹

A propósito una carta publicada en el número anterior de la revista², que opinaba sobre datos presentados en el artículo de revisión del Dr. Rodrigo Yépez³, es necesario indicar que existen algunas consideraciones derivadas del estudio nacional que evaluó el sobrepeso y la obesidad en niños del área urbana.⁴ En ese estudio, del cual fui parte del equipo de investigadores, se determinó que la prevalencia de sobrepeso/obesidad en escolares de 8 años era del 14% a nivel nacional, constituyéndose en el problema nutricional más importante en ese grupo de edad.

Contrario a lo expresado por Bonifaz², el factor genético no es el más relevante, aunque puede explicar el 33% de la obesidad observada.⁵ Son los factores ambientales los más importantes y sobre los cuales se puede realizar una prevención. El incremento del consumo energético, particularmente de grasas y azúcares simples, la urbanización, la migración, la incorporación de la mujer al ámbito laboral^{6,7}, han sido condicionantes de un cambio en los hábitos alimenticios y patrones de consumo, favoreciendo el desarrollo de sobrepeso/obesidad.^{6,8}

En sociedades ricas la relación sobrepeso y condición socioeconómica es inversa, mientras que es directa en sociedades empobrecidas.⁵ En nuestro estudio⁴ el sobrepeso/obesidad fue 3 veces mayor en aquellos niños de mayor condición socio-económica. Otros países de la región apuntan la asociación con las clases menos favorecidas y algunos autores opinan que los pobres no comen lo que quieren, ni lo que saben que deben comer, sino lo que pueden.⁵ La capacidad de compra de alimentos está regida por los precios y los ingresos de los consumidores, y éstos últimos basan su consumo en los productos que les dan más rendimiento y a más bajo precio. Los agricultores saben que alimentos tradicionales como la quinoa poseen gran valor nutricional; sin embargo, con la venta de la misma es factible comprar cantidades suficientes de fideo, pan, arroz y manteca. Adicionalmente, la obesidad predomina en las áreas urbanas y su prevalencia ha mostrado ser inferior en el ámbito rural.⁸

No obstante, la reducción de la actividad física parece ser el factor ambiental de mayor relevancia en el desarrollo de sobrepeso/obesidad.⁹ En niños, se ha reportado que las horas que pasan frente al televisor son predictivas del índice de masa corporal.¹⁰ En nuestra investigación, la probabilidad de obesidad fue 4 veces mayor entre aquellos que miraban más de 28 horas de TV por semana⁴, siendo esta, la única variable que se asoció positivamente con la patología.

En el Ecuador son escasas las estrategias de prevención, siendo un tema que debe considerarse en el contexto general de la población. Es un enfoque simplista pensar que sólo con educar a las familias sobre una dieta adecuada, o pretender que los niños vean menos televisión y realicen más ejercicio físico, se logrará solucionar el problema. Abordar

el problema nos compete a todos: entidades estatales, escuelas, colegios, municipalidades y universidades. Mediante un trabajo intelectual fructífero podrían gestarse estrategias exitosas.

Dra. Argentina Guerrón P.
Magister en Alimentación y Nutrición.
E-mail: guerront@yahoo.com

Referencias

1. Solomon GC, Manson JE. Obesity and mortality: review of epidemiologic data. *Am J Clin Nutr* 1997; 66: 1044S-50S.
2. Bonifaz R. La obesidad y la pobreza en el Ecuador. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2006; 31 (1-2): 50-51.
3. Yépez R. La obesidad en el Ecuador en etapas tempranas de la vida. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2005; 30 (1): 20-24.
4. Aguilar D, Alarcón E, Guerrón A, López P, Mejía S, Riofrío L. El sobrepeso y la obesidad en niños ecuatorianos del área urbana [Tesis]. Quito: Instituto de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador, 2002.
5. Peña M, Bacallao J. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud pública. *Publicación científica* 576. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2000.
6. Yépez R. Dieta y Salud. Las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta en el Ecuador. Quito: Instituto Juan César García, 1995: 6-13.
7. Pacheco VM. Del Zea Mays a la Coca Cola. Evolución histórica de los hábitos alimenticios en la región norte andina del Ecuador. Quito: s/ed, 1991.
8. Pacheco VM, Pasquel M. Obesidad en el Ecuador, una aproximación a los estudios de prevalencia. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2000; 25 (2): 8-12.
9. Organización Mundial de la Salud. Obesidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1997.
10. Andersen R. Relationship of physical activity and television watching with body weight and level of fatness among children. Results from the "NAN-HES III". *JAMA* 1998; 279: 940-3.

Uso de heliox en la terapia intensiva pediátrica. Respuesta del autor.

Señor Editor: En el último número de la revista, se publicó una carta al editor¹ en la cual se cuestionaba un estudio realizado por nosotros.² En relación a este comunicado, me permito comentar que nuestra investigación se trató de un estudio comprobatorio de las observaciones realizadas por otros colegas en el extranjero, respecto a una indicación puntual del heliox: la insuficiencia respiratoria post-destete de ventilación mecánica, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos.

Al tratarse del primer estudio realizado en el Ecuador sobre la mezcla helio-oxígeno, consideramos necesario hacer una descripción del producto y su aplicación en el contenido del artículo. Por otra parte, todos los procedimientos que se realizan en la unidad de cuidados intensivos, siguen una rutina en la que se incluye la obligatoriedad de explicar su realización a los padres y por esto no consideramos necesario escribirlo en el artículo.

En la carta también se cuestiona sobre la necesidad de un grupo de comparación manejado con oxígeno puro¹, sin embargo no se puede comparar cosas no comparables; el oxígeno no tiene ninguna utilidad en este caso puntual. En cuanto a los parámetros de control, es verdad que los mismos no fueron detallados en el artículo², pero éstos son conocidos por las personas que realizan la especialidad.

Aunque discrepo, respeto los criterios de la postgradista en relación a la investigación. Sin embargo, reconozco su inte-

rés que como fruto de su juventud pretende enmarcar todo trabajo científico en un esquema rígido.

Dr. Efrén Montalvo.
Unidad de Cuidados Intensivos.
Hospital Baca Ortiz - Quito

Referencias

1. Quishpe I. Uso de heliox en la terapia intensiva pediátrica: ¿qué no se ha dicho en el estudio publicado? Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 48-49.
2. Montalvo E, Dávila L, Cevallos S, Iza J. Uso de heliox en terapia intensiva pediátrica en pacientes extubados. Rev Fac Cien Med 2005; 30 (1): 15-16.

Dermatitis atópica en niños de una guardería de la ciudad de Quito.

Señor Editor: El término "atopia" etimológicamente significa diferente, extraño y se refiere a un estado de hiperreactividad del sistema inmune y nervioso.¹ Actualmente se define a la Dermatitis atópica como una alteración crónica de la piel. Se relaciona con antecedentes patológicos familiares de enfermedades atópicas y elevación de la inmunoglobulina E, asociada a una hiperexcitabilidad cutánea (alloknesis) que ocasiona umbral bajo para la aparición del prurito.¹⁻³ El prurito es un pilar diagnóstico de mucha importancia dentro de la dermatitis atópica y como sabemos un síntoma que solo el paciente puede indicar respecto de su intensidad. En el caso particular de pacientes pediátricos resulta más difícil su valoración. Por lo anterior considero importante que en el estudio publicado sobre prevalencia de Dermatitis atópica en niños de una guardería de la ciudad de Quito⁴ debió informarse sobre la forma de valoración del prurito y las escalas empleadas para esta medición.

En otros países la dermatitis atópica la padecen entre el 10% y 20% de los niños y representa el 4% de las interconsultas pediátricas.² Estos datos son similares a los reportados en la guardería estudiada, pero debemos tomar en cuenta que el número de sujetos pediátricos estudiados no es una muestra suficientemente representativa y sólo 20 de ellos tuvieron una evaluación e información completa. Además, es importante considerar cuál fue el grado de complejidad del cuestionario enviado a los padres o representantes legales de los menores (¿realmente habrá entendido el cuestionario el familiar?). Esto es algo importante ya que el tipo de interpretación dada al cuestionario puede variar de acuerdo al nivel de educación de la población.

Dra. Ana Lucía Garnica
Postgradista de Dermatología.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Central del Ecuador.
E-mail: analuciagarnica@yahoo.com

Referencias

1. Valda L, Oroz J, Castillo P. Dermatitis atópica: Etiopatogenia, diagnóstico y manejo terapéutico. Revista Hospital Clínico Universidad de Chile 2001; 12 (2): 119-28.
2. Concha del Río LE, Arroyave CM. Antagonistas de un leucotrieno (montelukast) en el tratamiento de dermatitis atópica en pacientes pediátricos. Alergia 2003; 50: 187-90.
3. Bellfill RL, Falcó SN. Tratamientos inmunomoduladores en la dermatitis atópica. Alergol Inmunol Clin 2001; 16: 31-37.
4. Buestán A. Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería de la ciudad de Quito. Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 37-39.

Dermatitis atópica en niños de una guardería de la ciudad de Quito. Respuesta del autor.

Señor Editor: En el Ecuador se ha estudiado poco la Dermatitis atópica.^{1,2} Entre los datos disponibles ahora se pueden incluir los que reportamos recientemente.³ En este trabajo se utilizó los criterios de Seymore, inicialmente establecidos por Rudzki y luego modificados por Hanifin, para el diagnóstico de la patología en la población infantil.⁴

Para la valoración del prurito en los pacientes con esta enfermedad existen múltiples escalas, siendo la más aceptable la establecida durante una reunión de Consenso⁵, y que es de fácil aplicación por parte de un médico dermatólogo entrenado. Sin embargo, la Dermatitis atópica es una enfermedad dinámica y puede ocurrir que en un momento dado, los pacientes no presenten todos los datos clínicos típicos para un diagnóstico, incluyendo el prurito, un síntoma que por su variabilidad ha sido diferenciado por otros autores en subgrupos, por lo general genética y bioquímicamente diferentes.^{4,6} Estos aspectos podrían explicar la baja frecuencia de prurito en los niños del estudio.³

En relación a los factores de riesgo, en el estudio la recolección de información se realizó a través de un cuestionario escrito en un lenguaje sencillo y libre de tecnicismos. Más allá de las características de su estructura, los problemas para medición de los factores de riesgo se debieron al método de aplicación, mismo que condicionó una baja tasa de respuesta.

Como se discute en el artículo publicado³, ese estudio "preliminar" sirvió para conocer que era factible investigar la prevalencia de Dermatitis atópica en preescolares de guarderías y para modificar la forma de evaluar los factores de riesgo. Actualmente se está llevando a cabo un estudio de mayor alcance, destinado a mejorar la precisión de los primeros resultados y que utiliza como método la entrevista personal con los padres de los niños para obtener información sobre las posibles exposiciones de riesgo.

Dra. Anita Buestán C.
Médico. Egresada del Postgrado de Dermatología.
E-mail: anibuestanc@yahoo.es

Referencias

1. Cañarte C, Trujillo R, Legña M, Palacios S. Correlación clínica de dermatitis atópica y los niveles de Ig E. Rev Dermatol 1999; 8 (1): 24-27.
2. Cañarte C, Cabrera F, Palacios S. Epidemiología de la dermatitis atópica en el Distrito Metropolitano de Quito. Rev Dermatol 2004; 12 (2): 6-9.
3. Buestán A. Prevalencia de dermatitis atópica en niños que acuden a una guardería pública de la ciudad de Quito. Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 37-39.
4. Rudzki E, Samochoki Z, Pebandel P, Sacuik E, GaLecki W, Raczka A, Szmurlo A. Frequency and significance of the mayor and minor features of Hanifin and Rajka among patients with atopie dermatitis. Dermatology 1994; 189: 40-46.
5. Pueyo ST, García R, coordinadores. Consenso Nacional de Dermatitis Atópica. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología, 2004. [Disponible también en: <http://www.sad.org>].
6. Hanifin JM. Standardized grading of subjects for clinical research studies in atopie dermatitis: workshop report. Acta Derm Venereol (Stockh) 1989; 144: 28.

Factores de riesgo para hiponatremia asintomática.

Señor Editor: Los trastornos del sodio plasmático son las alteraciones electrolíticas más frecuentes en medicina clínica. A pesar de que su detección es sencilla, muchos casos de hiponatremia no son diagnosticados, por lo que la determinación de sodio plasmático debe ser un procedimiento rutinario en pacientes hospitalizados.¹

En el estudio sobre factores de riesgo de hiponatremia asintomática publicado en el último número de la revista², el autor debió considerar el análisis de la osmolaridad plasmática en cada uno de los pacientes, ya que el sodio plasmático por si solo no determina el estado de volemia, ni basta para un adecuado análisis de las alteraciones de la natremia.^{3,4} Además, aunque el autor analiza las causas de pseudohiponatremia como hipertrigliceridemia e hiperproteinemia, lastimosamente no todos los casos tuvieron estas evaluaciones. Finalmente, el estudio quizás debió ampliarse a otros servicios como gastroenterología y endocrinología, donde se presentan patologías (hipotiroidismo, déficit de cortisol, enfermedades diarreicas) que llegan a desarrollar hiponatremia asintomática⁴.

Por la importancia del problema, el trabajo realizado puede ser el punto de partida para investigaciones con un mayor número de pacientes. Por el momento, es insuficiente para extrapolar los resultados sobre factores de riesgo a la población con hiponatremia asintomática.

Dra. Cristina Vargas M.
Dra. Elizabeth Díaz A.
Dra. Miriam Mena LI.
Postgradistas de Medicina Interna.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Central del Ecuador
E-mail: elizabethdiazagila@yahoo.es

Referencias

1. Milionis HJ, Liasis GL, Elisaf MS. The hyponatremic patient: a systematic approach to laboratory diagnosis. *Can Med Assoc J* 2002; 166: 1056-62.
2. Flores JS. Factores de riesgo para hiponatremia asintomática: reporte de 10 casos. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2006; 31 (1-2): 40-42.
3. Burton R, Post T. Trastornos de los electrolitos y del equilibrio ácido base. 5ta edición. Madrid: Ed. Marban, 2003.
4. Adrogue HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Eng J Med* 2000; 342: 1581-89.

Factores de riesgo para hiponatremia asintomática. Respuesta del autor.

Señor Editor: El trabajo presentado correspondió a una serie de casos identificados consecutivamente durante 3 semanas en servicios clínicos predefinidos de la unidad hospitalaria y cuando se planificó tuvo como finalidad explorar la factibilidad de conducir posteriormente un estudio específico sobre el tema.¹ Para esto, primero era necesario determinar la posibilidad de identificar pacientes con hiponatremia asintomática y algunos de sus factores de riesgo. Los datos obtenidos son por lo tanto preliminares y exclusivamente aplicables a los casos descritos.

Para descartar la presencia de pseudohiponatremia, lo ideal es la medición de triglicéridos y proteínas plasmáticas. Sin embargo, en esta fase de la investigación se evidenció que en la mayoría de pacientes ingresados no se realizan de forma rutinaria estas cuantificaciones. Precisamente para superar esta dificultad, en un estudio próximo a ejecutarse se ha previsto considerar el análisis de la osmolaridad, calculada a partir del BUN, glucosa y sodio plasmático, ya que esta condición se caracteriza por presentar una osmolaridad plasmática normal al ser consecuencia de un aumento en la sangre de sustancias osmóticamente inactivas.² La determinación prevista también permitirá clasificar a la hiponatremia de acuerdo a su osmolaridad. Por otra parte, la determinación de sodio urinario y osmolaridad urinaria se realiza para identificar el estado de volemia del paciente e iniciar un tratamiento adecuado³, situación que no fue objetivo del estudio comentado.

Respecto a ciertos factores de riesgo no considerados, el uso de soluciones hipotónicas es una de las causas más comunes de hiponatremia en pacientes hospitalizados⁴, pero en el trabajo realizado se investigó la presencia del trastorno al ingreso hospitalario¹, por lo cual esta exposición de riesgo no fue tomada en cuenta. El hipotiroidismo podría ser causa de hiponatremia asintomática normovolémica, pero la relación causal ha sido objeto de debate.^{5,6} Aunque podría parecer redundante que el uso de diuréticos haya sido considerado como factor de riesgo, se debe tener en cuenta que son de los fármacos más utilizados y su uso inadecuado favorece el apareamiento de efectos indeseados.⁷

Para el nuevo estudio además de otras condiciones clínicas, también se ha ampliado la lista de factores de riesgo de tipo farmacológico, incluyendo la exposición a IECAs, AINEs, inhibidores de la recaptación de serotonina y laxantes, los cuales pueden ser predisponentes importantes para la presencia de una hiponatremia asintomática al momento del ingreso hospitalario de un paciente.^{7,8}

Dr. Jorge S. Flores L.
Postgradista de Medicina Interna.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Central del Ecuador.
E-mail: mdjorgeflores@yahoo.es

Referencias

1. Flores JS. Factores de riesgo para hiponatremia asintomática: reporte de 10 casos. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2006; 31 (1-2): 40-42.
2. Pastor IJ, Pérez Arellano JL, Laso FJ. Alteraciones de la natremia. En: Laso FJ, editor. *Diagnostico diferencial en Medicina Interna*. 2da edición. España: Elsevier, 2005: 367-70.
3. Yeates KE, Singer M, Morton R. Salt and water: a simple approach to hyponatremia. *Can Med Assoc J* 2004; 170: 365-9.
4. Hoorn EJ, Lindermans J, Zietse R. Development of severe hyponatremia in hospitalized patients: treatment-related risk factors and inadequate management. *Nephrol Dial Transplant* 2006; 21: 70-76.
5. Hanna FWF, Scanlon MF. Hyponatremia, hypothyroidism and role of arginine-vasopressin. *Lancet* 1997; 350: 755-6.
6. Croal BL, Blake MA, Johnston J, Glen ACA, et al. Absence of relation between hyponatremia and hypothyroidism (Letter). *Lancet* 1997; 350: 1402.
7. Rosner MH. Severe hyponatremia associated with the combined use of thiazide diuretics and selective serotonin reuptake inhibitors. *Am J Med Sci* 2004; 327: 109-111.
8. Ayus JC, Levine R, Arief AL. Fatal dysnatremia caused by elective colonoscopy. *BMJ* 2003; 326: 382-84.

Relación entre el uso de cosméticos labiales y acné.

Señor Editor: En el último número de la revista se publicó un artículo que relaciona el uso de cosméticos, con la presencia de acné.¹ Varios autores han descrito el papel que algunos productos para el cuidado de la piel y del cabello juegan en la inducción o el empeoramiento de esta alteración, propiedad a la que se denomina acnogenicidad y acné cosmético al cuadro clínico generado.² La razón es que contienen sustancias como la lanolina, derivados de la manteca de cacao, aceites con parafinas, pigmentos y derivados del alquitrán.² Si bien la fisiopatología del acné sigue en investigación, es claro que el acné cosmético tiene como proceso patogénico el efecto obstructivo del folículo desde la superficie de la piel.

En el estudio en mención¹, el uso de cosméticos labiales mostró asociación estadísticamente significativa con la presentación de acné, lo cual resulta paradójico puesto que el sitio de aplicación del carmín y/o brillo es la mucosa labial, sitio donde no existe la unidad pilosebácea. Sería interesante conocer la explicación etiopatogénica que el autor encuentra a sus hallazgos respecto al uso del carmín o brillo labial.

Finalmente, en su estudio¹ el autor recomienda que las personas con acné utilicen “maquillajes libres de grasa y emolientes sin contenidos lipídicos”, pero debemos aclarar que si bien el aumento del sebo es parte del proceso comedogénico^{3,4}, no todas las grasas causan acné. Es así que el decremento del ácido linoleico en el epitelio folicular induce hiperqueratosis a ese nivel, lo cual es otro factor causal de acné.^{2,5} Por lo tanto, la recomendación no es del todo correcta. Más bien se debería hablar del uso de cosméticos “no comedogénicos”, es decir, libres de las sustancias con las que se ha observado el efecto obstructivo ductal.

Dra. Nancy S. Ballesteros.
Postgradista de Dermatología.
Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Central del Ecuador.
E-mail: nancy_solandia@yahoo.com

Referencias

1. Moreno S. Uso de cosméticos y su relación con la presencia de acné en mujeres adolescentes. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2006; 31 (1-2): 33-36.
2. Kaminsky A, Sarraceno E, coordinadores. Consenso sobre acné. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Dermatología, 2005. [Disponible también en: <http://www.sad.org>].
3. Cunliffe WJ. Sebum and Acne. *Seminars of Dermatology* 1982; 1: 285-92.
4. Cunliffe WJ, Holland DB. Comedogenesis: some aetiological, clinical and therapeutic strategies. *Br J Dermatol* 2000; 142: 1084-91.
5. Downing DT, Stewart ME, Wertz P, Strauss JS. Essential fatty acids and acne. *J Am Acad Dermatol* 1986; 14 (2 Pt 1): 221-25.

Relación entre el uso de cosméticos labiales y acné. Respuesta del autor.

Señor Editor: El acné es una de las patologías más frecuentes en la población adolescente. Debido a que afecta la fisonomía facial, se asocia con problemas de autoestima y causa inhibición social.^{1,2} A pesar de ser común, existen algunas consideraciones sobre su manejo y factores predisponentes^{3,4}, por lo cual es necesario continuar investigando las distintas relaciones existentes.

Algunos cosméticos poseen propiedades comedogénicas y pueden desencadenar o agravar la enfermedad.⁴ En el estu-

dio publicado, interesantemente se observó una relación con los cosméticos labiales.⁴ La explicación biológica del hallazgo se encontraría en el hecho de que estos productos suelen contener liposomas, los cuales ayudan a que el cosmético permanezca por más tiempo en el lugar de aplicación, pero también facilitan la penetración de algunas sustancias.^{5,6} Los liposomas, al favorecer la penetración de los compuestos a capas inferiores de la piel, permiten la distribución de éstos por la epidermis.⁷ Consecuentemente se disemina la fracción grasa de los cosméticos labiales, permitiendo el apareamiento de acné en lugares faciales pero distantes de los labios.

Dr. Stalin Moreno V.
Servicio de Dermatología,
Hospital General de las Fuerzas Armadas N° 1.
E-mail: stabam38@yahoo.com

Referencias

1. Guerra TA. Estudio epidemiológico descriptivo transversal sobre la prevalencia del acné en los jóvenes españoles de 16 a 24 años. *Actualidad Dermatológica* 2003; 11: 1-6.
2. Krowchuk DP, Stancin T, Keskinen R, Walker R, Bass J, Anglin TM. The psychosocial effects of acne on adolescents. *Pediatr Dermatol* 1991; 8: 332-8.
3. Buestán A, Moreno S. Acne vulgar leve: ¿puede manejarlo el médico general o sólo el especialista? *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2005; 30 (1): 31.
4. Moreno S. Uso de cosméticos y su relación con la presencia de acné en mujeres adolescentes. *Rev Fac Cien Med (Quito)* 2006; 31 (1-2): 33-36.
5. Granda D, Diduk NA. Los liposomas en dermatoterapia. *Rev Cubana de Farm* 1996; 30 (2): e2. [Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/>].
6. Mezei M. Liposomes as penetration promoters and localizers of topically allied drugs. En: Hsieh D, ed. *Drug permeation enhancements: theory and application*. New York: Marcel Dekker, 1993: 171-97.
7. Lasch J, Laub R, Wolhrab W. How deep do intact liposomes penetrate into human skin? *J Control Release* 1991; 18: 55-8.

CORRECCIONES

Educación médica: ¿es posible cambiar?.

Raúl Terán
Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 3-4.

En el editorial publicado en el número anterior consta la palabra “logaritmos”, en lugar de “algoritmos” (página 4, primer párrafo).

El texto corregido es: “Para la solución de los problemas terapéuticos deben emplearse **algoritmos** en forma de guías o protocolos terapéuticos siguiendo las recomendaciones de la OMS”.

Factores de riesgo y empleo de profilaxis para tromboembolismo venoso.

Paola Merchán, Mónica Tarapúes
Rev Fac Cien Med (Quito) 2006; 31 (1-2): 21-25.

Los autores de este artículo publicado en el número anterior, nos han informado que el manuscrito fue presentado con un error en los valores del intervalo de confianza al 95% (IC95%) correspondiente a la proporción de infrautilización en la profilaxis de tromboembolismo (página 24, primer párrafo). Fueron publicados los valores 50.9% y 64.1% como límites inferior y superior del IC95%, en lugar de 30.9% y 64.1%.

El texto corregido es: “...la infrautilización estimada de medidas de prevención para ETV fue del 47.4% (IC95%= **30.9% - 64.1%**)”.