

Por los motivos expuestos, creemos que los valores mostrados en el artículo ⁽¹⁾ son referenciales, pero sería interesante conocer la prevalencia de anemia, usando los valores ajustados y no ajustados a la altura.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en la publicación de la presente carta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(3):484-91.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2004–2008. Lima, Perú: INEI; 2008.
3. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. a guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001. p. 99.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 1: Características de la población. En: Perfil sociodemográfico del Perú. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. Lima, Perú: INEI; 2008.
5. Gonzales GF. Patrones demográficos, reproductivos y de morbi mortalidad en las poblaciones de altura del Perú.

Correspondencia: Ray Ticse Aguirre

Dirección: Av. Honorio Delgado 262, Lima 31, Perú.

Teléfono: (51) 998009724

Correo electrónico: ray.ticse@upch.pe

DIFERENCIAS EN LA DETECCIÓN DE ANEMIA EN LA ALTURA SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - RÉPLICA DE AUTORES

DIFERENCES IN ANAEMIA DETECTION IN HIGH ALTITUDES ACCORDING THE WORLD HEALTH ORGANIZATION - AUTHORS´ REPLY

Gustavo F. Gonzales^{1,a}

Sr. Editor. Durante muchos años se pensó que el aumento de la hemoglobina (Hb) en la altura debería modificar el valor de la normalidad, elevando el punto de corte de la Hb para definir anemia según la altitud de residencia ⁽²⁾. Este ajuste es matemático y no basado en ninguna definición clínica. Esto determina, por ejemplo,

que en una gestante de Cerro de Pasco (4330 m de altitud), el punto de corte de la Hb para definir anemia sea de 14,5 g/dL⁽²⁾ y según la clasificación a nivel del mar ⁽³⁾, a ese nivel, tendría eritrocitosis, lo cual genera un gran dilema.

El estudio de Casanueva *et al.* donde se suministró hierro diariamente a gestantes no anémicas, demostró que el 11% llegó a valores mayores de 14,5 g/dL con aumento en el riesgo de bajo peso al nacer y parto pretérmino⁽³⁾. Asimismo, nuestros propios estudios demuestran que no es necesario corregir el punto de corte para definir anemia en la altura ^(4,5). Más aun basado en parámetros clínicos, la tasa más baja de pequeño para edad gestacional ocurre entre 9-10 g/dL de Hb, tanto a nivel del mar como en altura y la tasa aumenta conforme aumenta el valor de Hb, siendo los más altos sobre 14,5 g/dL.

Las razones del efecto deletéreo de la Hb elevada en la gestación en la altura y todo lo expresado en esta réplica se encuentra claramente detallado en nuestro artículo ⁽¹⁾. En la Tabla que incluyen los autores sobre la frecuencia de anemia sin ajuste a >4000 m de altura, esta sería de 1,2% y luego del ajuste 37,6%. Esto implicaría que estaríamos tratando con hierro a 37,6% de la población de gestantes que no lo requier, con el riesgo de aumentar la Hb a más de 14,5 g/dL y, con ello, produciendo un efecto adverso tanto al feto como a la madre.

En el artículo que discuten ⁽¹⁾, se dice: *...Aunque la Organización Mundial de la salud (OMS) propone que los valores de Hb deben ser ajustados por la altitud de residencia para definir los valores para anemia, las evidencias recientes demuestran que no sería necesario. En efecto cuando se compara la anemia definida por Hb corregida por altitud, la frecuencia de anemia fue de 26,6%, mientras que si se define por deficiencia de hierro, solo el 5,7% presentó anemia. Por lo tanto, no existe concordancia en la frecuencia de anemia en la altura cuando ella se basa en la medida de Hb corregida por altitud o por el contenido de hierro corporal. Esto implicaría que utilizando correcciones de Hb para determinar el punto de corte para definir anemia en la altura se estaría sobrevalorando la real frecuencia de anemia por deficiencia de hierro.*

Se ha sugerido que niveles altos de Hb en las gestantes, reduciría el flujo útero-placentario y el crecimiento fetal como consecuencia de una mayor viscosidad sanguínea. En tal sentido, brindar suplementos de hierro a las gestantes en la altura, debería estar mejor evaluado si es que la anemia no está claramente mostrada.

¹ Departamento de Ciencias Biológicas y Fisiológicas, Facultad de Ciencias y Filosofía, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Doctor en Medicina

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo C. Hemoglobina materna en el Perú: diferencias regionales y su asociación con resultados adversos perinatales. RevPeruMedExp Salud Publica. 2011;28(3):484-91.
2. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.
3. Casanueva E, Viteri FE, Mares-Galindo M, Meza-Camacho C, Loria A, Schnaas L, et al. Weekly iron as safe alternative to daily supplementation for nonanemic pregnant women. Arch Med Res. 2006;37(5):674-82.
4. Gonzales GF, Steenland K, Tapia V. Maternal hemoglobin level and fetal outcome at low and high altitudes. Am J PhysiolRegulIntegr Comp Physiol. 2009;297:R1477-85.
5. Gonzales GF, Tapia V, Gasco M, Carrillo CE. Maternal hemoglobina concentration and adverse pregnancy outcomes at low and moderate altitudes in Peru. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 Oct 17 (Epub ahead of print).

Correspondencia: Gustavo F. Gonzales

Dirección: Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú.

Teléfono: (511) 3190000 anexo 2535

Correo electrónico: gustavo.gonzales@upch.pe

PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EL GRADO DE CONOCIMIENTOS SOBRE SU ENFERMEDAD

HOSPITALIZED PATIENTS AND THE KNOWLEDGE ABOUT THEIR OWN ILLNESS

Germán Málaga^{1,2,a}, Koey Kanashiro-Azabache^{3,b}, Carlos Jiménez-Viñas^{4,c}, Patricia Barrionuevo^{1,b}

Sr. Editor. El proceso de salud-enfermedad, requiere comunicación efectiva entre pacientes y médicos, solo así será posible entender las expectativas y preferencias del paciente⁽¹⁾ además de lograr que se transmitan y se entiendan las indicaciones para alcanzar la recuperación de la salud⁽²⁾.

¹ Conocimiento y Evidencia (CONEVID), Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Centro de Excelencia, CRONICAS, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

³ Fundación Puigvert. Barcelona, España.

⁴ Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca, España.

^a Médico internista, magíster en Medicina; ^b médico cirujano; ^c médico, magíster en Medicina

Se realizó un estudio cualitativo en pacientes mayores de 35 años, hospitalizados por más de cinco días y reclutados antes del alta del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Enfocados en el nombre de su enfermedad, se indagó sobre el conocimiento que tenían sobre ella, sus características (en qué consiste y como afecta su presencia), el pronóstico, el motivo de hospitalización y el tratamiento recibido. Se consideró como "conocedor" a quien respondiera apropiadamente en, al menos, tres de los puntos

La entrevista consistió en preguntas abiertas las cuales fueron grabadas, transcritas y evaluadas, de forma paralela e independiente, para ser contrastadas con la información de la historia clínica.

De manera global, en 21/29 pacientes el nivel de conocimientos fue deficiente. Mientras que 19/29 desconocían el nombre de la enfermedad (*Sufro de pies hinchados con várices...*; diagnóstico: sepsis, punto de partida partes blandas; insuficiencia venosa periférica).

Sobre las características de la enfermedad, 25/29 pacientes no supieron responder; en 15/29 respondieron de manera inadecuada con relación al pronóstico y 20/29 no supieron la razón de su hospitalización. En este último aspecto llama la atención respuestas como: *No, no me han dicho nada. Solamente me han sacado examen de todo, no encuentran nada y dicen que me van hacer un examen de riñón* (diagnóstico: insuficiencia renal crónica en estadio III, síndrome nefrótico), o *No, no me han dicho nada sobre eso* (diagnóstico: VIH, meningocelofitis y lúes del sistema nervioso central).

En cuanto al tratamiento recibido, 25/29 pacientes evidenciaron su desconocimiento: *Ahorita es un compuesto que la doctora me ha recetado en la farmacia que no sé su nombre* (diagnóstico: psoriasis activa sobreinfectada, necrosis aséptica de cadera); *Son cuatro pastillas* (diagnóstico: tuberculosis cerebral e infección por VIH).

A pesar de ser una institución de salud "docente-asistencial", con personal de salud multidisciplinar en constante interacción con pacientes en recuperación y promoción de la salud, los resultados fueron deficientes. Lo más preocupante fue que el aspecto más deficiente fue el relacionado con el tratamiento recibido. Esto podría explicar los malos resultados de estudios que evaluaron adherencia al tratamiento (40% en hipertensión arterial)⁽³⁾ y en portadores de enfermedades crónicas, quienes desconocen aspectos importantes de sus enfermedades y ni siquiera reconocen a los responsables de su atención⁽⁴⁾.