

Respuesta a Carta a: Valores de referencia de la circunferencia de la cintura e índice de la cintura/cadera en escolares y adolescentes de Mérida, Venezuela: comparación con referencias internacionales



Reply to Letter to: Reference values of waist circumference and waist/hip ratio in children and adolescents of Mérida, Venezuela: Comparison with international references

Sr. Editor:

Hemos leído con detenimiento los comentarios de la carta al editor en relación con nuestro artículo publicado recientemente¹. Efectivamente, el estudio fue realizado en el Municipio Libertador del Estado Mérida, como bien se señala en la sección de Material y Métodos, y forma parte de un proyecto denominado «Evaluación del crecimiento, desarrollo y factores de riesgo cardiometabólico en escolares y adolescentes de Mérida, Venezuela (CREDEFAR)». En acuerdo con los comentarios de la carta al editor, se debe evitar cualquier confusión del lector desde el inicio de cualquier artículo, por lo que se tomará en cuenta esta recomendación y se escribirá la procedencia del Municipio Libertador, Mérida, Venezuela, en el título de futuras comunicaciones de CREDEFAR.

Nuestro estudio es observacional de corte transversal. Se ratifica que tanto los institutos educativos como los escolares y adolescentes que participaron fueron seleccionados en forma aleatorizada y siguiendo una rigurosa planificación, tal como se señala en el artículo: «La muestra se seleccionó aplicando un muestreo por estratificación, proporcional, aleatorizado y polietápico que garantizaba la participación adecuada por sexo, por institución pública o privada (condición socioeconómica) y por ubicación geográfica». La población a estudiar era aproximadamente de 4.000 escolares y adolescentes para cada año de edad, según la información suministrada por la zona educativa del Estado Mérida. Con relación al cálculo del tamaño de la muestra, esta fue estimada según la media de circunferencia de cintura de 58 cm y desviación estándar de 10 cm, obtenida en estudio previo realizado en nuestra ciudad², con un error alfa del 5%, error beta del 20%, precisión del 2% y potencia a priori del 80%. Este tamaño de muestra fue de 94 participantes por cada año de edad, esto es un total de 846 escolares y adolescentes de 9 a 17-18 años. Como se evidencia, se superó este tamaño de muestra, ya que en nuestro estudio fueron incluidos 919 estudiantes. La potencia a posteriori fue del 96,63%. Además, se realizaron los cálculos necesarios para asegurar que este tamaño de muestra fuera

suficiente para la obtención de valores de referencia de otras medidas antropométricas, clínicas y de variables bioquímicas, las cuales serán comunicadas próximamente. Esta información detallada no se incluyó en el artículo, similar a otras publicaciones³⁻⁵, sin embargo, se describió con todo detalle en el Proyecto del Trabajo introducido para evaluación ante los entes financieros, tanto a nivel universitario (Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico, Tecnológico y del Arte de la Universidad de Los Andes-CDCHTA-ULA) como gubernamental (Fondo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia, Tecnología e Innovación-FONACIT-MCTI).

En el artículo se recomienda la utilización de nuestras referencias a nivel regional, porque fueron obtenidas de una población de Mérida, perteneciente a la región de Los Andes, y aunque existan algunas diferencias entre su población, nuestras referencias son, con toda seguridad, más cercanas a la realidad que aquellas que se venían utilizando hasta ahora, provenientes de otros países⁶, donde la población, definitivamente, es distinta. Como se señala en la carta al editor, en Venezuela se cuenta con referencias nacionales para la gran mayoría de las variables antropométricas, sin embargo aún no se tienen las de circunferencia de cintura.

Lamentablemente, en la revisión bibliográfica realizada no se obtuvo la referencia de Hidalgo et al.⁷, titulada *Determinación de puntos de corte para la circunferencia de cintura a través de curvas ROC en población pediátrica de tres regiones de Venezuela evaluada en el SENACREDH*, a la cual hacen referencia en la carta al editor, muy importante para haber sido comentado en nuestro trabajo. Esta revista presenta un retardo de un año en sus publicaciones por lo que en el momento de la elaboración de nuestro estudio no estaba disponible; es de hacer notar que para la fecha actual, octubre 2013, el último número disponible es el de octubre 2012.

Se espera haber aclarado las interrogantes planteadas. Se debe estimular la investigación, sobre todo en los jóvenes en formación; mientras más trabajos de este tipo se realicen, bien diseñados y de una manera responsable, más conocimiento se tendrá sobre el comportamiento de las diferentes variables antropométricas, clínicas y bioquímicas en nuestra población, y se podrán establecer las diferencias que pudieran existir entre las distintas áreas geográficas.

Bibliografía

1. Mederico M, Paoli M, Zerpa Y, Briceño Y, Gómez-Pérez R, Martínez JL, et al. Valores de referencia de la circunferencia de la cintura e índice de la cintura/cadera en escolares y adolescentes de Mérida, Venezuela: comparación con referencias internacionales. *Endocrinol Nutr.* 2013;60:235-42.
2. Paoli M, Uzcátegui L, Zerpa Y, Gómez-Pérez R, Camacho N, Molina Z, et al. Obesidad en escolares de Mérida, Venezuela: asociación con factores de riesgo cardiovascular. *Endocrinol Nutr.* 2009;56:218-26.
3. Sung RY, Yu CC, Choi KC, McManus A, Li AM, Xu SL, et al. Waist circumference and body mass index in Chinese children: Cutoff values for predicting cardiovascular risk factors. *Int J Obes.* 2007;31:550-8.
4. Avalos FC, Díaz C, Martínez A, Bancalari R, Zamorano J, Harbin F, et al. Waist circumference percentiles in children and adoles-

cents between 6 and 14 years from Santiago. Chile *Endocrinol Nutr.* 2012;59:296–303.

5. Vargas M, Souki A, Ruiz G, García D, Mengual E, González C, et al. Percentiles de circunferencia de cintura en niños y adolescentes del municipio Maracaibo del Estado Zulia, Venezuela. *An Venez Nutr.* 2011;24:13–20.
6. Fernández JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr.* 2004;145:439–44.
7. Hidalgo G, Flores-Torres J, Rodríguez-Morales AJ, Vásquez E, Sánchez W, Gollo O, et al. Determinación de puntos de corte para la circunferencia de cintura a través de curvas ROC en población pediátrica de tres regiones de Venezuela evaluada en el SENACREDH. *Arch Venez Pueri Pediatr.* 2011;74:95–9.

Maracelly Mederico^a, Mariela Paoli^{a,*}, Yajaira Zerpa^a, Yajaira Briceño^a, Roald Gómez-Pérez^a, Nolis Camacho^b, José Luis Martínez^b y Grupo de Trabajo Credefar^a

^a *Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo, Hospital Universitario de Los Andes, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela*

^b *Unidad de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo Infantil, Instituto Autónomo, Hospital Universitario de Los Andes, Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela*

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: paolimariela@hotmail.com (M. Paoli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.10.009>

Comentarios sobre las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad», emitidas por el Grupo de identidad y diferenciación sexual de la SEEN (GIDSEEN)



Comments on the «Clinical practice guidelines for assessment and treatment of transsexuality» issued by the sexual identity and differentiation group of the SEEN (GIDSEEN)

Sr. Editor:

Muy recientemente, Moreno-Pérez y Esteva de Antonio reivindicaron, en el nombre del grupo Grupo de identidad y diferenciación sexual de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN)¹, la necesidad de un protocolo de actuación coordinada para la atención sanitaria integral a personas transexuales dentro del marco de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS), es decir, para toda España. Dicha atención nacional a personas transexuales de hecho (todavía) no existe, aunque sería deseable, especialmente con vistas a la armonización de la atención sanitaria en el territorio nacional y a una necesaria igualdad territorial².

Esta nueva versión de 2012 de las «Guías de práctica clínica para la valoración y tratamiento de la transexualidad»¹ se publicó con conocimiento de los Standards of Care (SOC)-7³, que citan Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹. Sin embargo, en opinión científica de la autora, la nueva versión de la guía española¹ carece de claridad y actualidad en varios aspectos, y demanda sistemas y ambientes de atención innecesarios, aparte de algunas condiciones en ocasiones contraproducentes que se mencionan y discuten en los siguientes puntos:

- 1) Los autores pretenden que la asistencia adecuada a personas transexuales solo se pueda realizar en las así llamadas «unidades funcionales»; es decir, que los 3 elementos PEC (Psiquiatría y/o Psicología clínica, Endocrinología y Cirugía) se concentren en una sola unidad de trastornos de identidad de género (UTIG) del mismo hospital, preferentemente universitario. En contra de esta opción cabe argumentar que las nuevas tecnologías permiten una excelente y rápida comunicación activa entre los diferentes integrantes del equipo multidisciplinar del PEC. Si dicho equipo no trabajara en la misma clínica, un hecho muy común en otros países europeos y Estados Unidos, bastaría con la transferencia de la información necesaria entre el especialista mental y el endocrinólogo o, en su caso, entre estos y el cirujano plástico, requiriéndose tan solo una llamada telefónica de confirmación, sin perjuicio o merma de la eficacia en la atención al colectivo de pacientes transexuales. En el mismo contexto hay que considerar las derivaciones inútiles de pacientes (por ejemplo, desde Asturias a la UTIG de Málaga, un viaje de 2.000 km, para una simple extracción de sangre y su análisis). Esto tan solo exigiría un reconocimiento mutuo de resultados de análisis clínicos, porque los servicios de laboratorio de todos los hospitales, no solo los de los universitarios, están integrados en un sistema de control de calidad.
- 2) Moreno-Pérez y Esteva de Antonio¹ insisten en que el plazo de diagnóstico de la DIG o transexualidad sea un «proceso prolongado y complejo bajo control riguroso de forma extensiva». Exactamente la misma definición se encuentra en la guía (protocolo) de la UTIG de Madrid, que al contrario de la UTIG de Málaga no la considera una enfermedad mental⁴, mientras que la UTIG de Barcelona aplica los estándares internacionales con mayor flexibilidad, especialmente en lo que respecta a los plazos individualizados de diagnóstico (E. Gómez-Gil, información personal). En la literatura relacionada, numerosos autores internacionales afirman que la transexualidad, que en la mayoría de los casos no requiere psicoterapia, se puede diagnosticar en tan solo 4-5 citas de 40-45 min⁵. Los SOC exigen una evaluación profunda, pero no nece-