

Remita su carta a expertos.siiic@siicisalud.com. El estilo de redacción puede consultarse en www.siiic.infolinst-castellano.htm

Acerca de la sigla PCP

Sr. Editor

Pneumocystis jiroveci (ex *P. carinii*) es uno de los microorganismos que más cambios ha experimentado en los últimos años en cuanto a su nomenclatura y especificidad de especie. Desde su descripción inicial por Carlos Chagas, en 1909, en pulmones de cobayos infectados por *Trypanosoma cruzi*, y por Carini, en 1912, en pulmones de ratones infectados por *T. lewisii*, fue considerado como un protozoario.

En 1986 y a partir del análisis del ADN, este microorganismo fue incluido en el reino de los hongos.¹ Estudios posteriores demostraron que los agentes del género *Pneumocystis* presentan hospederos específicos y que las infecciones cruzadas entre especies no existen. De manera que la infección por *Pneumocystis* en seres humanos no debe considerarse como una zoonosis, ya que las especies que infectan los alvéolos pulmonares en el hombre no lo hacen en otros hospederos. A partir de este hallazgo, en 1988 se modificó la nomenclatura y se agregó el nombre del animal que actuaba como hospedero a la denominación de *Pneumocystis carinii* (por ejemplo, *Pneumocystis carinii humanus*, *Pneumocystis carinii rattii*, etc.).² En 1994 también se lo designó por el hospedero de origen (por ejemplo, *P. carinii sp. hominis*).³

La especie que hoy se conoce como causa de enfermedad en el hombre es *Pneumocystis jiroveci*, denominación acuñada por Frenkel en 1999 en honor del parasitólogo checoslovaco Otto Jirovec, quien fuera uno de los primeros investigadores en describir la infección en seres humanos.² Este nuevo nombre fue propuesto por Stringer y col.⁴ en 2001. *Pneumocystis carinii* sólo es en la actualidad la especie de este género que causa la infección en roedores.

Desde los comienzos de la epidemia de sida, para designar el síndrome clínico asociado con una de las infecciones oportunistas más frecuentes en estos pacientes, en inglés se ha utilizado ampliamente la sigla PCP (*Pneumocystis carinii* pneumonia). La más reciente denominación de *Pneumocystis jiroveci* ocupa cada vez más lugar en las publicaciones médicas referidas a este tema. Sin embargo, en una revisión de los títulos de los artículos publicados sobre neumonía por *Pneumocystis* en seres humanos en 2004 y 2005, de 84 trabajos, en 24 (30%) se utilizó el nombre de *Pneumocystis jiroveci*, en 33 (40%) se lo denominó como *Pneumocystis carinii* y en 26 (31%) simplemente se lo nombró por el género, *Pneumocystis*, sin especificar la especie.⁵ Por todo lo señalado hasta aquí, el autor de esta carta considera que también debería adoptarse idéntica postura con la sigla, la cual ahora pasaría a ser, en inglés, PJP (*Pneumocystis jiroveci* pneumonia) o NPJ en español (neumonía por *Pneumocystis jiroveci*). De esta manera se unificaría la nomenclatura y se aclararían las diferencias que siguen causando confusión entre autores, editores y revisores.

Dr. Omar Palmieri
 Profesor Titular Consulto
 Cátedra de Enfermedades Infecciosas
 Facultad de Medicina, UBA Buenos Aires, Argentina

Bibliografía

- Edman JC, Kovacs JA, Masur H, et al. Ribosomal sequence shows *Pneumocystis carinii* to be a member of the fungi. *Nature* 374:519-22, 1988.
- Hughes WT, Gigliotti F. Nomenclature for *Pneumocystis carinii*. *J Infect Dis* 157:432-3, 1988.
- Stringer JR, Cushion MT, Wakefield AE. New nomenclature for the genus *Pneumocystis*. *Proceedings of the Seventh International Workshops on Opportunistic Protists. J Eukaryot Microbiol* 48(Suppl):184-95, 2001.

4. Stringer JR, Beard CB, Miller RF, et al. A new name (*Pneumocystis jiroveci*) for *Pneumocystis* from humans. *Emerg Infect Dis* 8:891-6, 2002.

5. Gigliotti F. *Pneumocystis carinii*: Has the name really been changed? *Clin Infect Dis* 41:1752-5, 2005.

En defensa de la salud mental de toda la población

Sr. Editor

En relación con la propuesta del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires de cerrar los hospitales Borda y Moyano, y la promesa de construir 500 camas en 10 hospitales (50 en cada uno) para pacientes agudos, es importante poner en conocimiento la situación actual de los pacientes psiquiátricos allí internados. El Hospital Borda atiende varones y tiene internados en la actualidad 850 pacientes (el 60% de los cuales son derivados por orden judicial), con una rotación anual de 1.100 personas y más de 12.000 consultas ambulatorias por año.

Desde hace un año existe un pabellón reacondicionado a nuevo («Pabellón Siglo XXI») que se encuentra en funcionamiento y cuenta con 270 camas, de las cuales están ocupadas 200 (el resto está libre por falta de recursos humanos). También hay en construcción otro pabellón que habilitará otras 200 camas.

La atención de las mujeres es cubierta por el hospital Moyano, que tiene internadas actualmente 1.050 pacientes y se producen más de 1.000 egresos (altas) por año. Este hospital tiene 9 pabellones reciclados a nuevo, con 467 camas en total. Uno de estos pabellones está destinado a pacientes agudas y a emergencias, y el resto, a las pacientes de tratamiento más prolongado.

Es decir que casi un 48% de las pacientes están internadas en los edificios nuevos. Entre ambos hospitales se cuenta con 737 camas nuevas. Es importante aclarar que estas obras se financian a través de un crédito internacional que continuaremos pagando los habitantes de la ciudad de Buenos Aires aun si las obras no se finalizan.

¿No es más coherente continuar con la refuncionalización de estos hospitales con los recursos humanos y físicos necesarios y continuar las obras hoy en ejecución, que dinamitarlos para construir esas 500 camas que promete el GCBA?

Cuando se cierran el Borda y el Moyano, los 2.000 pacientes que están internados por presentar patologías graves que no responden al tratamiento, carecer de recursos socioeconómicos, de familias continentales o están en ambas situaciones, van a quedar en la calle o serán derivados a otras instituciones donde pasarán a ser tratados como pacientes geriátricos, permaneciendo internados indefinidamente. (Ya existe un antecedente de 2005-2006, en el que por orden judicial fueron derivadas 300 pacientes del Moyano a clínicas privadas, con estas consecuencias.) Si tuvieran la «suerte» de tener una complicación clínica quedarían internados en forma prolongada en un hospital general de agudos.

Desde hace años sufrimos la falta de camas para pacientes psiquiátricos y de coordinación de las derivaciones en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, por lo cual se debe recurrir a la vía judicial para lograr la internación de los pacientes, que son derivados en su mayoría al Borda y al Moyano.

La idea del cierre de estos hospitales viola lo dispuesto por la Ley 448, que en su artículo 1º garantiza el derecho a la salud mental de todas

las personas que viven en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Con el cierre del Borda y el Moyano peligrará la fuente de trabajo de un gran número de profesionales médicos y de otras disciplinas que tan dignamente y sin recursos desarrollaron sus tareas en los últimos 100 años.

Es importante que las autoridades revean este proyecto, ya que está en juego la salud mental de toda la población.

Dr. Eduardo Rubio Domínguez
 Asociación de Médicos Municipales
 Filial Hospital de Emergencias Psiquiátricas
 Torcuato de Alvear, Buenos Aires, Argentina

Mensaje del presidente de AAPS

Estimados colegas y amigos:

Hace un tiempo que no nos comunicamos. Antes que nada, acepten mis sinceras disculpas y mi desazón en nombre de los organizadores locales y de la secretaria de la Asociación Asiática de Cirujanos Pediátricos (AAPS) por la falta de comunicación con los miembros de la Asociación en la era del correo electrónico.

La AAPS es aún hoy una pequeña familia. Es diferente de otras asociaciones y tiene que cumplir papeles distintos de los de otras asociaciones. Asia tiene casi un sexto de la población mundial, con más de mil millones de niños. La carga de trabajo quirúrgico entre casos de cáncer pediátrico, malformaciones congénitas, traumatismos e infecciones es enorme y los recursos escasos. Los centros de cirugía pediátrica son insuficientes y el personal capacitado también es menor del requerido para cubrir las necesidades. Nuestra prioridad es una interacción estrecha para compartir experiencias, intercambiar conocimientos y capacitar al personal médico y paramédico. El sondeo realizado en varios centros de Asia demostró que la morbimortalidad de la mayoría de las malformaciones congénitas seguía siendo bastante alta. De modo que es necesario que los centros más evolucionados ofrezcan capacitación a los menos privilegiados. Para lograr esto, la AAPS le está dando los toques finales a un programa de becas para ofrecerlas a los mejores candidatos de Asia. De igual importancia es la capacitación de enfermeras y de personal técnico, a quienes debemos hacer intervenir en todas nuestras actividades académicas futuras.

Es el momento oportuno para celebrar el XXI Congreso de la Asociación Asiática de Cirujanos Pediátricos. Espero que hayan recibido las comunicaciones del presidente del Comité Organizador, Profesor Soottiporn Chittmitrapap. También espero que ustedes hayan enviado sus resúmenes. Las fechas han quedado finalmente fijadas y el congreso tendrá lugar del 17 al 20 de noviembre de 2008. El 16 de noviembre habrá un programa de CME previo al congreso. La sede es el Pullman Bangkok King Power Hotel. Bangkok es uno de los destinos del turismo internacional que ofrece hermosas playas y un clima agradable. Aparte de un buen programa científico habrá muchas otras atracciones; consulten el sitio web www.asianaaps2008.com para mayores detalles. Se me ha dicho que el Dr. Paisarn acaba de hacer circular la información y espero que ustedes la reciban a la brevedad si no lo han hecho ya.

Devendra K. Gupta
 Presidente, AAPS
 Nueva Delhi, India