

Remita su carta a [expertos.siic@siic.salud.com](mailto:expertos.siic@siic.salud.com). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siic.salud.com/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siic.salud.com/instrucciones_sic_web.php)

## Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Sr. Editor:

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) puede ser una carga económica y social<sup>1</sup> para la salud pública debido al creciente número de casos y defunciones. Aunque la tasa de prevalencia estandarizada por edad ha aumentado con rapidez en los países recientemente industrializados, especialmente en Asia Oriental, la incidencia se ha estabilizado o incluso ha disminuido en los países occidentales, como los de América del Norte de altos ingresos. La prevalencia de EII en los países recientemente industrializados se ha informado la misma tendencia al alza que en países occidentales.<sup>2,3</sup>

La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) son dos de las principales formas de la EII.<sup>4,5</sup> En México no existe información sistematizada para monitorizar la carga de la EII. Un estudio realizado en 2015, con la base de datos del Sistema Nacional de Salud codificados por la CIE-10: K50 y K51, estimaron la carga de enfermedad de la EII en México. Los resultados fueron 9953 casos de EC y 33 060 casos atendidos de CUCI (ICD-10: K50 y K51). La prevalencia para EC en hombres fue de 8.4, y de 8.1 para mujeres; para CUCI, fue de 27.7 para mujeres y de 26.9 para hombres. Los pacientes  $\geq 50$  años representaron el 35.1% del total. Los casos hospitalizados con EC fueron 1097 (0.91). Los pacientes  $\geq 50$  años representaron el 43.7% del total; por su parte, 5345 individuos tuvieron CUCI (4.42). Los enfermos  $\geq 50$  años representaron el 47.6% del total. Las defunciones fueron (tasa de muertes específicas): EC en mujeres 32 (0.52), en hombres 36 (0.50); CUCI en mujeres 267 (4.31), en hombres 186 (3.15).<sup>6</sup>

De acuerdo con resultados obtenidos de investigaciones realizadas con diferentes tipos de poblaciones y áreas geográficas, es claro que la EII presenta una tendencia al alza a nivel mundial. En América Latina, como una de las regiones con una tendencia al alza de casos, es importante seguir estudiando este tipo de enfermedades poco comunes y con característica de recaídas en los pacientes, cuya causa primordial sigue sin conocerse.

El estudio de Zhang *et al.*, se analizó una base de datos previa de 204 países en el período 1990-2019, con la finalidad de ampliar el conocimiento sobre cómo afecta la respuesta inmunológica intestinal en personas mayores de 50 años, y para investigar la asociación entre la EII y el índice sociodemográfico, dado que en los últimos años la incidencia ha disminuido en países occidentales de ingresos altos.

Se han estudiado tasas de prevalencia por grupo de edad y sexo, y aun con la elaboración de registros nacionales, falta incluir elementos de análisis para poder implementar una metodología que ayude a evaluar y monitorear la enfermedad en

el futuro. Esto evitaría a los pacientes tener que realizarse una cirugía o presentar complicaciones. Con respecto a la edad pediátrica, una revisión sistemática, informó incidencia elevada de EII en Europa y Norteamérica.<sup>7</sup>

En conclusión, investigar la epidemiología local permitirá comparar resultados y generar discusiones internacionales, con el claro objetivo de mejorar continuamente las medidas de diagnóstico temprano y los tratamientos oportunos para los pacientes.



Liliana Sarahí Salas Franco

Docente investigadora, Universidad Autónoma de Guerrero, Guerrero, México

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/173027>

### Bibliografía

1. Fernández-Ávila DG, Dávila-Ruales V. Frecuencia de uso y costo del tratamiento biológico para enfermedad inflamatoria intestinal y artropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal en Colombia durante el año 2019. *Revista de Gastroenterología de México*, 2023.
2. Bernstein CN, Shanahan F. Disorders of a modern lifestyle: reconciling the epidemiology of inflammatory bowel diseases. *Gut* 57:1185-1191, 2008.
3. Thia KT, Loftus Jr. EV, Sandborn WJ, Yang SK. An update on the epidemiology of inflammatory bowel disease in Asia. *Am J Gastroenterol* 103:3167-3182, 2008.
4. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* 389(10080):1756-1770, 2017.
5. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* 389(10080):1741-1755, 2017.
6. Yamamoto-Furusho JK, Bosques-Padilla FJ, Charúa-Guindic L, Cortés-Espinosa T, Miranda-Cordero RM, Saez A, Ledesma-Osorio Y. Epidemiología, carga de la enfermedad y tendencias de tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en México. *Revista de Gastroenterología de México* 85(3):246-256, 2020.
7. Sýkora J, Pomahačová R, Kreslová M, Cvalinová D, Štych P, Schwarz J. Current global trends in the incidence of pediatric-onset inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 24(25):2741-2763, 2018.

## Terapia abreviada con dos antiagregantes plaquetarios

Sr. Editor:

La doble antiagregación plaquetaria (DAP) es el pilar del tratamiento estándar cuando se efectúa una angioplastia transluminal coronaria (ATC) con *stents* liberadores de fármacos, y cumple una función fundamental en la reducción de complicaciones o eventos; sin embargo, su talón de Aquiles está representado por el delgado equilibrio entre los riesgos hemorrágicos e isquémicos.<sup>1</sup> Debido al deterioro de la pared vascular (epitelización o cicatrización), se produce como consecuencia la trombosis del *stent* (TS). Los efectos beneficiosos de la DAP se contrarrestan con el riesgo de sangrado, complicación que tiene pronóstico desfavorable a corto y largo plazo; esto genera un desafío importante en la selección de las estrategias antiagregantes plaquetarias posteriores a la intervención coronaria;<sup>2,3</sup> para evitar dicha complicación, se han introducido en la práctica clínica diferentes alternativas al régimen estándar de la DAP con el objetivo de mejorar los resultados netos de seguridad y eficacia, evaluando en forma individual el riesgo isquémico, hemorrágico o ambos. En cuan-

to al riesgo de TS, el desarrollo de nuevos dispositivos ha disminuido la dependencia de la DAP por largos períodos, mediante plataformas más delgadas y la utilización de polímeros menos proinflamatorios o reabsorbibles, que permiten la endotelización más rápida del *stent*, lo cual disminuye el riesgo de TS por menor exposición al metal. Por tal motivo, sería innecesario extender la DAP más allá de los 3 meses, especialmente en pacientes con riesgo hemorrágico alto (RHA).<sup>4</sup> Debemos recordar que el beneficio de la DAP es doble, es decir, reduce el riesgo de TS y los eventos vinculados a nuevos accidentes de placa coronarios. Es por ello que, permanentemente, se investigan estrategias para reducir eventos hemorrágicos sin perder de vista la aparición de nuevos eventos isquémicos. Actualmente existen estrategias cuyo objetivo es disminuir el sangrado en pacientes con RHA y bajo riesgo isquémico y trombótico,<sup>5</sup> mediante la reducción del tiempo de la DAP y, luego, continuar con aspirina sola o monoterapia con P2Y12,<sup>6</sup> más aún en los pacientes a los que se les implanta un *stent*,<sup>7</sup> o bien disminuyendo la potencia con el desescalado del P2Y12.<sup>8</sup> El escenario clínico que plantea el artículo *Eficacia y Seguridad de la Terapia Abreviada con Dos Antiagregantes Plaquetarios después de la Intervención Coronaria Percutánea en Pacientes con Riesgo Alto de Sangrado\** es un paciente anticoagulado por indicación clínica específica, al que se le ofrece la alternativa del tratamiento de la DAP propuesta en el estudio *Management of High Bleeding Risk Patients Post Bioresorbable Polymer Coated Stent Implantation with an Abbreviated versus Standard DAPT Regimen* (MASTER DAPT). En esta investigación (multicéntrica, aleatorizada, abierta y de no inferioridad, con análisis secuencial de superioridad) el objetivo fue evaluar si, en individuos con RHA sometidos a una ATC con implante de *stents* biodegradables liberadores de fármacos (en este caso con sirolimus), la DAP durante un mes obtenía los mismos resultados que la DAP estándar. Se incluyeron pacientes que hubiesen tenido un infarto agudo de miocardio (IAM), con requerimiento previo de anticoagulantes orales en los últimos 12 meses; un mes después de haberseles implantado un *stent* coronario con polímero biodegradable con liberación de sirolimus, se los aleatorizó, en una proporción 1:1, en dos ramas: una con tratamiento con DAP abreviada, y otra con tratamiento estándar. Los asignados al tratamiento abreviado interrumpieron inmediatamente la DAP y continuaron la terapia antiagregante plaquetaria única (TAU) hasta la finalización del ensayo, a excepción de los pacientes que estaban recibiendo anticoagulación oral clínicamente indicada, los cuales continuaron la TAU hasta 6 meses después del procedimiento índice. Los sujetos asignados a tratamiento estándar continuaron con DAP durante al menos 5 meses adicionales (6 meses después del procedimiento índice), o aquellos

que recibían anticoagulación oral durante al menos 2 meses adicionales (3 meses después del procedimiento índice), se asignaron a la continuación de la TAU a partir de entonces, con aspirina o un inhibidor de P2Y12. Se tuvieron en cuenta los eventos clínicos adversos netos (la mortalidad por cualquier causa, el IAM, el accidente cerebrovascular [ACV] y el sangrado grave), los eventos adversos graves cardíacos o cerebrales (mortalidad por cualquier causa, IAM o ACV) y los episodios de sangrado grave o sangrado no grave, clínicamente relevantes. En el transcurso de los 335 días, fueron evaluados por el puntaje *Bleeding Academic Research Consortium* (BARC): ante un puntaje de 3-5, se consideró sangrado grave, en tanto que el sangrado no grave se estableció ante un puntaje 2, 3 o 5. Entre los 4434 pacientes, los eventos clínicos adversos netos fueron del 7.5% (n = 165) en el grupo de DAP abreviada, y del 7.7% (n = 172) en el grupo de DAP estándar (diferencia de -0.23 puntos porcentuales; intervalo de confianza [IC] del 95%: -1.80 a 1.33; p < 0.001 para la no inferioridad). En el grupo de DAP abreviada, 133 pacientes (6.1%), en comparación con 132 individuos (5.9%) del grupo de DAP estándar, tuvieron eventos graves cardíacos o cerebrales (diferencia de 0.11 puntos porcentuales; IC 95%: -1.29 a 1.51; p = 0.001 para la no inferioridad). Entre los 4579 pacientes con intención de tratamiento se registraron eventos de hemorragia grave o de hemorragia no grave clínicamente relevante en 148 (6.5%) en el grupo de DAP abreviada, y en 211 (9.4%) en el grupo de DAP estándar (diferencia de -2.82 puntos porcentuales; IC 95%: -4.40 a -1.24; p < 0.001 para la superioridad). Similares resultados se obtuvieron entre los pacientes con RHA sometidos a ATC, con un mes de DAP, en comparación con 3 meses de DAP; estos individuos se asociaron con resultados isquémicos similares y menor riesgo de hemorragia.<sup>10</sup>

Este trabajo demostró que, en pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) o síndrome coronario crónico (SCC) con alto riesgo de sangrado (ARS) a quienes se les implantó un *stent* de polímero biodegradable liberador de fármacos con sirolimus, la interrupción de la DAP a los 34 días promedio después de la ATC fue no inferior a la estrategia estándar con DAP durante un promedio de 193 días, con respecto a eventos clínicos netos y eventos cerebrales o cardíacos graves, y fue superior con respecto al sangrado grave o no grave clínicamente relevante. Se puede observar que la eficacia en cuanto a eventos secundarios fue similar entre ambos grupos, y que los efectos de los tratamientos fueron coincidentes entre los subgrupos. En un metanálisis realizado por Costa y col., utilizando la evidencia existente en pacientes con SCA y SCC a quienes se les realizó ATC y que tenían ARS, se evaluó el impacto de un régimen de DAP abreviada de uno a tres meses. Este abordaje se asoció con menor sangrado, sin aumento de la mortalidad vascular y de eventos isquémicos, en comparación con un régimen de DAP de

6 meses.<sup>10</sup> Las guías norteamericanas<sup>11</sup> y las guías europeas,<sup>12</sup> en relación con los antitrombóticos, señalan que una duración breve de DAP después de la ATC en pacientes estables con cardiopatía isquémica, es razonable para reducir el riesgo de eventos hemorrágicos. Recientemente, un grupo de trabajo europeo sobre antitrombóticos en individuos mayores de 75 años abordó el tratamiento médico del SCA sin elevación del segmento ST con DAP.<sup>13,14</sup> en diferentes escenarios clínicos.

En conclusión, el tratamiento pos-ATC, tanto en pacientes con SCA como en aquellos con SCC, debería ser personalizado, como lo sugiere el Consenso de Antitrombóticos de la Federación Argentina de Cardiología.<sup>15</sup> Las estrategias antitrombóticas deben basarse en un enfoque clínico del paciente de acuerdo con su riesgo isquémico o hemorrágico, evaluado antes y después de la ATC en forma dinámica y continua, durante la internación y luego del alta, en el seguimiento del paciente.



**Julio Bono**  
Jefe de Unidad Coronaria,  
Sanatorio Allende, Córdoba,  
Argentina

#### Raúl Barcudi

Instructor de Residencia de Cardiología, Clínica Privada Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/168321>

#### Bibliografía

- Costa F, Windecker S, Valgimigli M. Dual antiplatelet therapy duration: reconciling the inconsistencies. *Drugs* 77(16):1733-1754, 2017.
- Meyre PB, Blum S, Hennings E, Aeschbacher S, Reichlin T, Rodondi N, et al. Bleeding and ischaemic events after first bleed in anticoagulated atrial fibrillation patients: risk and timing. *Eur Heart J* 43(47):4899-4908, 2022.
- Benz AP, Hohnloser SH, Eikelboom JW, Carnicelli AP, Giugliano RP, Granger CB, et al. Outcomes of patients with atrial fibrillation and ischemic stroke while on oral anticoagulation. *Eur Heart J* 44(20):1807-1814, 2023.
- Gori T, Polimeni A, Indolfi C, Räber L, Adriaenssens T, Münzel T. Predictors of stent thrombosis and their implications for clinical practice. *Nat Rev Cardiol* 16(4):243-256, 2019.
- Cuisset T, Deharo P, Quilici J, Johnson TW, Deffarges S, Bassez C, et al. Benefit of switching dual antiplatelet therapy after acute coronary syndrome: the TOPIC (timing of platelet inhibition after acute coronary syndrome) randomized study. *Eur Heart J* 38(41):3070-3078, 2017.
- Escaned J, Cao D, Baber U, Nicolas J, Sartori S, Zhang Z, et al. Ticagrelor monotherapy in patients at high bleeding risk undergoing percutaneous coronary intervention: TWILIGHT-HBR. *Eur Heart J* 42(45):4624-4634, 2021.
- Capranzano P. The stent in the high-bleeding risk patient: antiplatelet monotherapy? *Eur Heart J* 24(Suppl 1):I54-I56, 2022.
- Valgimigli M, Frigoli E, Heg D, Tijssen J, Jüni P, Vranckx P, et al.; MASTER DAPT Investigators. Dual antiplatelet therapy after PCI in patients at high bleeding risk. *N Engl J Med* 385(18):1643-1655, 2021.
- Valgimigli M, Cao D, Angiolillo DJ, Bangalore S, Bhatt DL, Ge J, et al.; XIENCE 90 and XIENCE 28 Investigators. Duration of dual antiplatelet therapy for patients at high bleeding risk undergoing PCI. *J Am Coll Cardiol* 78(21):2060-2072, 2021.
- Costa F, Montalto C, Branca M, Hong SJ, Watanabe H, Franzone A, et al. Dual antiplatelet therapy duration after percutaneous coronary intervention in high bleeding risk: a meta-analysis of randomized trials. *Eur Heart J* 44(11):954-968, 2023.
- Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, Bates ER, Beckie TM, Bischoff JM, et al. 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: Executive Summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 79(2):197-215, 2022. Erratum in: *J Am Coll Cardiol* 79(15):1547, 2022.
- Collet JP, Thiele H, Barabato E, Barthélémy O, Bauersachs J, Bhatt DL, et al.; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J* 42(14):1289-1367, 2021. Erratum in: *Eur Heart J* 42(19):1908, 2021. Erratum in: *Eur Heart J* 42(19):1925, 2021. Erratum in: *Eur Heart J*, 13 May 2021.
- Andreotti F, Geisler T, Collet JP, Gigante B, Gorog DA, Halvors-

en S, et al. Acute, periprocedural and long term antithrombotic therapy in older adults: 2022 Update by the ESC Working Group on Thrombosis. *Eur Heart J* 44(4):262-279, 2023.

14. Galli M, Andreotti F, Amaro D, Vergallo R, Vescovo GM, Giraldo L, et al. Antithrombotic therapy in the early phase of non-ST-elevation acute coronary syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 6(1):43-56, 2020.

15. Barcudi RJ, Bono J, Ramos HR, Quiroga Castro W, Muntaner J, Macín SM, et al. Documento de consenso sobre terapia antitrombótica en enfermedad coronaria del Comité de Cardiopatía Isquémica de la Federación Argentina de Cardiología. *Rev Fed Arg Cardiol* [internet]. Disponible en: <https://revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/373> [Consultado 22 de junio de 2023].

## Diferencias de género en el sector salud

Sr. Editor:

En la actualidad existen marcadas brechas de género en el mercado laboral, que atentan contra la igualdad de género y el desarrollo sostenible.<sup>1</sup> La desigualdad de género es estructural en América Latina y el Caribe, y limita la autonomía económica de las mujeres. Esta desigualdad se ve reflejada principalmente en mayor proporción de mujeres en situación de pobreza, menores remuneraciones, brecha salarial y peor calidad del empleo de las mujeres, sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados, segregación horizontal y vertical en trayectorias educativas y laborales, y menor participación de las mujeres en áreas científicas, de tecnología e innovación.<sup>2</sup> Además, la desigualdad de género se potencia con las desigualdades raciales, étnicas, por edad y migración, entre otras.<sup>3</sup>

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la exclusión o la subrepresentación de las mujeres distorsiona y sesga el desarrollo, ya que implica una diferenciación sistemática entre las oportunidades de las mujeres y los varones para expandir sus capacidades y decidir sobre sus propias trayectorias de vida. El desarrollo es un proceso de ampliación de las capacidades de todas las personas y no solo de un grupo específico.<sup>4</sup> Está bien descrito que el sector salud es un ámbito históricamente feminizado. Su manifestación más relevante es la participación de las mujeres en puestos profesionales, que ha concurrido en una "feminización profesionalizada". A pesar de ello, aún no hay igualdad en la ocupación de cargos de mayores jerarquías y se sigue desconociendo la formación y experiencia de las mujeres en comparación con los hombres, que son seleccionados para cargos directivos o de alta jerarquía.<sup>2</sup> Las tasas de matriculación y obtención de títulos académicos altos y de logros educativos significativos en áreas de la salud por parte de las mujeres de la Argentina, Colombia, Brasil y México, entre otros países, son mucho mayores que las de los hombres, pero la desigualdad de género en la inserción en el mercado laboral persiste. Una proporción importante de las trabajadoras continúa desempeñándose en actividades más precarias, inestables, con menor cobertura formal y menores salarios que los de sus pares varones. Estas desigualdades implican no solo una inserción laboral diferente, sino también una participación ocupacional segregada ver-

ticamente.<sup>2,4,5</sup> Para dar un ejemplo, para 2016 la CEPAL indicó que la incorporación de mujeres en ámbitos como la ciencia y la tecnología, las telecomunicaciones y las empresas de gran tamaño contribuyó a mejorar la situación, pero sin generar igualdad: la brecha con los hombres es aún de 25.6 puntos porcentuales, una distancia que demuestra que la inversión en la educación y formación profesional de las mujeres no las acerca de forma lineal a los ingresos de los hombres con la misma formación, situación que aún hoy es evidente para la región de las Américas y el Caribe.<sup>6</sup> En cuanto a la feminización profesionalizada, han surgido varias inquietudes que al día de hoy siguen vigentes. Algunas de ellas son: ¿la feminización profesionalizada se ha traducido en una mejora en la inserción y las condiciones de las trabajadoras de la salud?, ¿existe mayor participación y representación en el sector?, ¿se ha facilitado el desarrollo de trayectorias laborales en áreas de especialización tradicionalmente masculinas, la reducción de brechas de ingreso y el acceso a puestos directivos? A pesar de que ha habido avances, claramente en la región de las Américas y del Caribe las brechas de igualdad de género aún son muy marcadas y, en muchos escenarios, se sigue favoreciendo a los hombres por encima de las mujeres.<sup>5</sup>

Por otra parte, el trabajo no remunerado de las mujeres no se tiene en cuenta en el análisis económico tradicional, por lo que se le ha dado escasa valoración a un trabajo que sostiene parte de la economía. Las autoras del artículo *Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud Argentino\** indican que "En la Argentina, donde las mujeres también representan un alto porcentaje de la fuerza laboral sectorial, existe evidencia sobre la desigualdad de género, que perjudica a las trabajadoras de la salud que, históricamente, han ocupado puestos de menor calificación, aunque en las últimas décadas la desigualdad en la distribución de varones y mujeres del sector según el nivel de calificación se ha reducido.<sup>7,8</sup> También existen diferencias en la ocupación de puestos de toma de decisión debido a que la mayoría de los cargos de conducción de la rama asistencial (dirección de hospitales, subdirecciones y jefaturas de servicios) en el sector público están ocupados por profesionales varones.<sup>9</sup> En la actualidad, otra desigualdad que persiste es la vinculada a los ingresos laborales de varones y mujeres dentro del sector."<sup>5</sup> Lamentablemente, esto no ocurre solo en la Argentina, sino en toda Latinoamérica. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización de Estados Americanos (OEA), la igualdad en el trabajo tiene al menos cuatro connotaciones: igualdad en el acceso, igualdad en las remuneraciones, condiciones de trabajo dignas y justas, y acceso igualitario a la protección social. Por lo tanto, mejorar la igualdad de género contribuye a la reducción de la pobreza, aumenta el crecimiento y la productividad, asegura que las instituciones sean más representativas y se traduce en mejores resultados para las ge-

neraciones futuras. La participación de las mujeres en el mercado de trabajo fomenta el crecimiento económico, lo que a su vez reduce la pobreza y la desigualdad.<sup>10</sup> Es claro entonces que cada país debe tener la voluntad política y los recursos adecuados para poner en marcha la idea de la transversalización, y tienen la obligación de elaborar políticas y programas específicamente destinados a las mujeres, así como una legislación positiva en su favor, que permita la identificación inicial de problemas en todas las áreas de actividad, así como diagnosticar las diferencias y disparidades en razón del género. En este contexto, cerrar las brechas de género fomentando la participación de mujeres en áreas tanto académicas como técnicas, así como impulsar su liderazgo en áreas en donde siempre han estado los hombres, es clave para avanzar de manera progresiva a la igualdad.



**María Luz Gunturiz Albarracín**  
Instituto Nacional de Salud,  
Bogotá, Colombia

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/170617>

#### Bibliografía

1. Vaca Trigo I. Oportunidades y desafíos para la autonomía de las mujeres en el futuro escenario del trabajo. Serie Asuntos de Género. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2019. Pp. 154 (LC/T.S.2019/3).
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mujeres y varones en el sector salud: Feminización y brechas laborales. PNUD. 2018. Pp. 116.
3. Gúezmes García A. Brechas de género en el mercado laboral y los efectos de la crisis sanitaria en la autonomía económica de las mujeres. División de Asuntos de Género, CEPAL. 2021.
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2014: Género en el trabajo: brechas en el acceso a puestos de decisión. 1ª ed. Buenos Aires. PNUD; 2014. Pp. 108.
5. Elorza ME, Tortul M. Las brechas de género en las áreas de trabajo del sistema de salud argentino. Salud(i)Ciencia [online]25(3):137-144, 2022.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. 2016.
7. Aspiazu EL. Heterogeneidad y desigualdades de género en el sector Salud: entre las estadísticas y las percepciones sobre las condiciones de trabajo. Revista Pluquen - Sección Ciencias Sociales [Internet] 19(1):55-66, 2016. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=347544730004>.
8. Rico MN, Marco F. Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. CEPAL. 1ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno. 2006.
9. Duré MI, Cosacov N, Dursi C. La situación de las trabajadoras del sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: una aproximación cuantitativa. RevMaest Salud Pública 7(13):1-30, 2009.
10. Organización Internacional del Trabajo. Instrumentos para la igualdad de género. Disponible en: <https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm> [consultado agosto de 2023].

## Núcleo amigdalino en la ansiedad y en la depresión

Sr. Editor:

La neuroinflamación crónica del núcleo amigdalino ejerce importantes efectos en los trastornos de ansiedad y depresión. El artículo *Papel del núcleo amigdalino en la ansiedad y la depresión\** hace mención a los mecanismos por los cuales la respuesta inmunitaria y los procesos de neuroinflamación crónica del núcleo amigdalino, mediados por situaciones de estrés, pueden contribuir a la fisiopatología del trastorno depresivo y la ansiedad. La activación del

sistema inmunitario por factores estresantes sistémicos y psicológicos produce síntesis y liberación de citoquinas proinflamatorias desde los macrófagos, los linfocitos T, los linfocitos B y las células de la microglía. Los factores estresantes actúan por medio de la activación del eje hipotálamo-hipofísio-suprarrenal (HHS) y del sistema simpático medular suprarrenal (SMS). El núcleo amigdalino regula en aumento la activación del eje HHS y del sistema SMS. En respuesta al estrés, el hipotálamo segrega hormona liberadora de corticotrofinas (CRH) que estimula la síntesis y liberación de glucocorticoides (cortisol) en las suprarrenales. Esto origina un cuadro de inflamación crónica mediada por activación de la microglía, que activa la fagocitosis y produce citoquinas proinflamatorias y especies reactivas del oxígeno, especialmente en regiones cerebrales asociadas con el control de las emociones, como el núcleo amigdalino, la corteza prefrontal, la corteza insular y el hipocampo.

El incremento de la actividad neuronal en el núcleo amigdalino está regulado por 3 factores: 1) aumento de los estímulos aferentes excitatorios, con incremento de los neurotransmisores presinápticos excitatorios y de la expresión de los receptores postsinápticos; 2) disminución de los neurotransmisores presinápticos inhibitorios, con menor expresión de receptores postsinápticos inhibitorios; 3) aumento de la excitabilidad neuronal intrínseca. En diferentes estudios se ha hallado que las citoquinas proinflamatorias pueden regular en disminución la biodisponibilidad de neurotransmisores relacionados con la depresión, como la serotonina. Ya en trabajos anteriores<sup>1,2</sup> se menciona la importancia del núcleo amigdalino en las enfermedades neuropsiquiátricas. Se han encontrado alteraciones estructurales que afectan al núcleo amigdalino en pacientes con depresión no medicados, con disminución del volumen de dicha estructura en el lado izquierdo, en comparación con controles sanos.<sup>3</sup> Los estudios con neuroimágenes han mostrado que la activación del núcleo amigdalino ante un estímulo es significativamente mayor en pacientes con trastorno de ansiedad que en los controles. En la depresión y el estrés postraumático se ha visto, en resonancia magnética (RM) funcional, que la actividad del núcleo amigdalino está aumentada.

En conclusión, la sobreactivación del núcleo amigdalino, como consecuencia de la respuesta inmunitaria y la neuroinflamación mediadas por el estrés, está relacionada con la remodelación estructural y funcional del núcleo amigdalino, lo que contribuye a la fisiopatología de la ansiedad y la depresión.



**Edgard Rojas Huerto**  
Médico especialista en Salud Mental, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/173370>

#### Bibliografía

1. Ledo-Varela MT, Jiménez-Amaya JM, Llamas A. El complejo amigdalino humano y su implicación en los trastornos psiquiátricos. Anales Sis San Navarra 30(1), 2007.

2. Strakowski SM, Del Bello MP, Sax KW, Zimmerman ME, Shear PK, Hawkins JM, et al. Brain magnetic resonance imaging of structural abnormalities in bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:254-260, 1999.
3. Caetano SC, Hatch JP, Brambilla P, Sassi RB, Nicoletti M, Mallinger AG, et al. Anatomical MRI study of hippocampus and amygdala in patients with current and remitted major depression. *Psychiatry Res* 132:141-147, 2004.

## Depresión bipolar

Sr. Editor:

Los trastornos bipolares (TBP) tienen una prevalencia de por vida de alrededor del 1.0% para el tipo I y del 0.4% en el caso del tipo II. En la mayoría de los pacientes, los episodios depresivos recurrentes en el transcurso de la enfermedad son más frecuentes que los episodios de manía o hipomanía. Además, es usual que los síntomas depresivos persistan en el transcurso del tiempo.

Se estima que los pacientes con TBP tipo I están sintomáticos alrededor del 70% del tiempo; la depresión estaría presente en aproximadamente las tres cuartas partes del tiempo de enfermedad. La edad más frecuente de inicio es la tercera década de la vida (es decir entre los 20 y 30 años).

Los TBP están vinculados con menor expectativa de vida, principalmente debido a su inicio temprano y su cronicidad, además de relacionarse con una gran carga económica. Esta última alude a la utilización y los costos directos de la atención médica, a la pérdida de la productividad en el lugar de trabajo, al cuidado de los pacientes y también a otros costos indirectos. De este modo, es fácil inferir que la carga económica de los TBP impacta significativamente en los pacientes, en las familias, en el sistema de salud y en la sociedad.<sup>1</sup>

Tradicionalmente, se determinó el impacto que genera el TBP a través de la clínica, según la cantidad de recaídas y de internaciones, y de acuerdo con el grado de reducción de los síntomas, para lo cual se han usado escalas como la *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D) o la *Young Mania Rating Scale* (YMRS). Posteriormente, se sugirió la importancia de considerar la recuperación funcional como indicador de respuesta terapéutica, ya que algunos pacientes presentan buena recuperación, aun luego de haber tenido síntomas graves, mientras que otros tienen menor funcionalidad y manifiestan escasa sintomatología. Una evaluación completa debe incluir el estudio de varios dominios conductuales, como el social, el laboral y el educacional, además de la capacidad de vivir de forma independiente; la recuperación funcional significa alcanzar la normalidad en esos dominios.

La funcionalidad puede medirse con instrumentos breves, administrados por el médico, como la escala *Global Assessment of Functioning* (GAF), que asigna puntajes de 0 a 100. También se utilizan el NIMH-LCM, el *Life Functioning Questionnaire* y el *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation-Range of Impaired Function Tool*, que evalúa el área laboral, las relaciones interpersonales, la recreación y la satisfacción en las actividades realizadas.<sup>2</sup>

La calidad de vida (CV) se refiere al buen estado del individuo y a la respuesta al tratamiento, y se ha descrito como la percepción individual de la posición frente a la vida, de acuerdo con la cultura y los valores impuestos en ella, y en relación con las metas y expectativas del individuo; la diferencia de este concepto con el de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS) es que esta última se refiere específicamente a aquello que es afectado por la enfermedad. El establecimiento de la CV no reemplaza la evaluación de funcionalidad ni de recuperación; esta última se define no solo por la remisión sintomática, sino también por la remisión sindromática y funcional.<sup>2</sup>

Lo que me resultó interesante del resumen *Beneficios de la lurasidona sobre la funcionalidad y la productividad en adultos con depresión bipolar\**, es que se tiene en cuenta un aspecto olvidado muchas veces en los tratamientos del TBP, la recuperación funcional. Los cambios a largo plazo en los dominios de la *Sheehan Disability Scale* (SDS) referidos en este trabajo aportan evidencia significativa acerca del beneficio en cuanto a la productividad y la funcionalidad, del uso de lurasidona en monoterapia. Por lo tanto, se reducirían los costos indirectos en los pacientes con depresión bipolar.



**Mariana Nieves Piazza**  
Hospital Bernardino Rivadavia,  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/172746>

### Bibliografía

1. Tercer Consenso Argentino sobre el manejo de los trastornos bipolares. Primera Parte. *Vertex Rev Arg Psiquiatr* 33(158):56-57, 2022.
2. Michalak EE, Murray G, Young AH, Lam RW. Burden of bipolar depression: impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs* 22(5):389-406, 2008.

## Estatinas de intensidad alta

Sr. Editor:

Es conocido el beneficio de las estatinas en la reducción de las enfermedades cardiovasculares (ECV) en prevención primaria y secundaria, que se cuantifica por la reducción en la determinación de los valores de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc). Las dosis de alta intensidad: simvastatina 80 mg (S80) atorvastatina 40 mg (A40), atorvastatina 80 mg (A80), rosuvastatina 40 mg (R40) y rosuvastatina 80 mg (R80), reducen  $\geq 50\%$  del LDLc y, de esta forma, aminoran la principal causa de muerte a nivel global.

Las medicaciones de alta intensidad recomendadas para esta comparación en el metanálisis *Eficacia y seguridad comparadas de las estatinas de intensidad alta\** fueron la A40, A80, R20 y R40; por ello, el objetivo de esta revisión fue saber qué hipolipemiante y qué dosis instituida es la más efectiva y segura.

La pesquisa se llevó a cabo en buscadores de lengua inglesa, de artículos publicados hasta diciembre de 2021, teniendo en cuenta al manual Cochrane para revisiones sistemáticas. Los filtros de búsquedas se centraron sobre estudios aleatorizados (EA)

y estudios observacionales (EO), con lo se obtuvieron 44 trabajos para ser analizados. Los datos investigados se centraron en los cambios observados sobre los niveles de LDLc debidos al uso de atorvastatina y rosuvastatina. Se seleccionaron 36 EA y 8 EO, que incluyeron 34 136 pacientes, con promedio de edad de 59.4 años; aproximadamente un 30% de ellos eran diabéticos.

La mayoría de los estudios seleccionados fueron sobre pacientes con hipercolesterolemia, síndrome coronario agudo (SCA), infarto agudo de miocardio (IAM) con y sin elevación del segmento ST, y en sujetos sometidos a revascularización miocárdica.

En el análisis agrupado de 6 estudios sobre A80 y R40 se encontró mejoras en la reducción del LDLc, coincidente con el estudio VOYAGER, en el que no solo se compararon estas dos dosis; otros autores también dan cuenta de la reducción del volumen del ateroma y de los niveles de proteína C-reactiva a favor de la rosuvastatina.

El perfil de seguridad de dosis altas de estatinas ha demostrado que no existen diferencias considerables entre estatinas de alta intensidad, pero también se sabe que a mayor dosis se producen incrementos en los efectos adversos.

Los escasos trabajos que analizaron la S80 encontraron menor efecto de disminución del LDLc y un número porcentual mayor de efectos adversos, por lo esto no fue incluido en las guías ACC/AHA de 2013/19 para el uso como estatinas de alta intensidad.

Analizando el estudio LUNA de 2012 (n = 825) de atorvastatina vs. rosuvastatina (A80, R20 y R40) en el SCA, se encontró un 14.10% como causa de reacción adversa a fármacos, y efectos adversos no serios como mialgia (< 10%), fatiga (< 7%), cefalea y cansancio físico (< 5.9%), y aumento de los valores de creatinina fosfoquinasa (CPK) y de enzimas hepáticas (< 0.4%).

Este metanálisis no analizó las repercusiones clínicas, como sí se hizo en el metanálisis VOYAGER, en el cual se observaron datos a favor de la reducción de eventos cardiovasculares con la institución de rosuvastatina. Es necesario efectuar estudios aleatorizados y comparados, con un período de seguimiento prolongado, o incluso investigaciones de la práctica real, que puedan incluir datos clínicos para prevención primaria y secundaria de las ECV con el tratamiento de dosis altas de atorvastatina y rosuvastatina.

Las estatinas de alta intensidad reducen  $\geq 50\%$  el LDLc, a su vez, la rosuvastatina se muestra con ventaja sobre la atorvastatina, con una tasa de efectos adversos similar.



**Daniel Víctor Ortigoza**  
Presidente del Comité de Arritmias y Electrofisiología, Federación Argentina de Cardiología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

\* <https://siic.info/dato/resiic.php/173030>