

# Medicina

para  
y por

# Residentes

es una publicación de la Fundación SIIC para el Programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACISE)

Vol. 7, Nº 1, Agosto 2019

## Artículos originales

**Colonización por bacterias multirresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente**

M. Bottiglieri, F. Berrueto, C. Amieva, L. Pereyra, M. E. García, pág. 6

### Comentario

M. Beltrán, E. Obieta, C. Condori, S. Garcé, Y. El kozah, Acassuso, Argentina, pág. 10

**Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud**

I. Kremer, pág. 13

### Comentarios

G. N. Jemar, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 18

A. Zubrzycki, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pág. 19

## Entrevista

**Estatinas en altas dosis y regresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada**

S. Martínez-Hervas, pág. 21

### Comentario

M. Ibarrola, Bella Vista, Argentina, pág. 23

## Red Científica Iberoamericana

**Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela**

M. Vivas-García, M. A. Cuberos, R. Mazuera-Arías, N. Albornoz-Arías, pág. 25

### Comentarios

B. R. Gil Arias, Caracas, Venezuela, pág. 27

P. M. Ríos Novoa, pág. 27

## Caso clínico

**Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo**

G. Raghurama Rao, N. Ram Koteswara Rao, P. Ravi Mohan, Y. Hari Kishan Kumar, A. Asapu, pág. 28

### Comentario

M. C. Agostini, Buenos Aires, Argentina, pág. 30

**Informes seleccionados** pág. 32

**Cartas al Editor** pág. 35

**Eventos científicos para Residentes** pág. 36

**Contacto directo con autores** pág. 37

**Instrucciones para los autores** pág. 38



# Textos esenciales para el ejercicio responsable de la medicina



[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)

se actualiza 3 veces por día

siicsalud edita

60 a 80 informes por día.

Aloja 450 000 informes clasificados en SIIC Data Bases;  
ordenados en 57 especialidades biomédicas y 2 750 secciones.

siicsalud contiene

**Artículos originales, revisiones, estudios observacionales y casos clínicos,**  
**editados en castellano, portugués e inglés,**  
escritos por expertos de la Argentina, Iberoamérica y el Resto del Mundo,  
arbitrados por expertos del país y el extranjero.

**Entrevistas, crónicas en castellano y en inglés** (los autores resumen sus propios trabajos),  
acceso abierto a las colecciones virtuales de Salud(i)Ciencia, Trabajos Distinguidos, Temas Maestros,  
Acontecimientos Terapéuticos, Trabajos Clave, Artículos Comentados, Guías Distinguidas, etc.

**Resúmenes en castellano, conceptuales, amplios y objetivos,**  
de artículos seleccionados por especialistas, formalmente provistos a SIIC  
por las principales fuentes biomédicas del mundo.



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica

# Medicina para y por Residentes



Código Respuesta Rápida  
(Quick Response Code, QR)

Dirección Editorial  
**Andrés Bernal**

## Consejo Editorial

Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.  
Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.  
Nery Fures, Director Científico de la revista Epidemiología y Salud, Buenos Aires.  
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.  
Salvador Lizzio, Subsecretario de Formación Profesional, FCM-UNC, Córdoba.  
Raúl Costamagna, Asociación Parasitológica Argentina, Buenos Aires.  
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.  
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.

## Comisión Académica Asesora (2009- )

Gerardo Perazzo, Director, CODEI, H. Vélez Sarsfield, CABA.  
Nora Castiglia, CODEI, H. B. Rivadavia, CABA.  
Horacio Repetto, H. Prof. Dr. A. Posadas, El Palomar, Buenos Aires.  
Roberto Elizalde, Jefe de Ginecología Oncológica, H. Pirovano, CABA.  
José Vázquez, Jefe de Sección Andrología, H. de Clínicas J. de San Martín, CABA.  
Pablo Núñez, Instituto Nacional de Medicina Tropical, Misiones.  
Marcelo Loyato, Secretario, CODEI, H. Juan A. Fernández, CABA.  
Orlando Barrionuevo, Jefe de Sala de Docencia e Investigación, HZGA Mi Pueblo, Florencio Varela, Buenos Aires.  
Elián Giordanino, Coordinador del Consejo Argentino de Residentes en Cardiología (CONAREC).

## Comisión Científica de Médicos Residentes (2010- )

Ana Prosello, H. Dr. Pablo Soría, Jujuy.  
Gustavo Morales, H. Córdoba, Córdoba.  
Laura Ibarguren, H. Subzonal Rawson, Chubut.  
Francisco Paulín, H. J. A. Fernández, CABA.  
Pedro Nuñez, H. Prof. Dr. J. P. Garrahan, CABA.  
Elmita Acosta, H. Río Gallegos, Santa Cruz.  
Federico Parra, H. San Juan Bautista, Catamarca.  
Pablo Panico, H. Ángel C. Padilla, Tucumán.  
Laura Francesconi, H. de Niños, San Justo, Buenos Aires.  
Ana Clara Bernal, H. Materno Infantil, Buenos Aires.  
Ricardo Pastre, H. Justo José de Urquiza, Entre Ríos.  
Nicolás Morello, H. de Niños Dr. Alassia, Santa Fe.  
Franco Gregorietti, H. Privado del Sur, Buenos Aires.  
Laura Barraza, H. San Bernardo, Salta.  
Walter Hugo Vivas, C. Privada de Especialidades, Villa María, Córdoba.  
Facundo Manuel Altamirano, I. Cardiovascular de Rosario, Santa Fe.  
Daniela Lobianco, H. de Clínicas José de San Martín, CABA.  
María Florencia Russo, H. Interzonal General de Agudos Eva Perón, Buenos Aires.

## Misión y Objetivos

Medicina *para y por* Residentes contribuye a la formación científica continua de los médicos de habla hispana y portuguesa recientemente egresados de sus respectivas universidades. Es una revista trimestral compuesta por 4 números agrupados en un volumen anual.

Los textos de la publicación son seleccionados por la Comisión Científica de Médicos Residentes, con el asesoramiento de la Comisión Asesora, la Dirección Científica y los asesores científicos de la Fundación SIIC.

Medicina *para y por* Residentes edita artículos relacionados con las ciencias biomédicas en todas sus disciplinas, con énfasis en la producción científica de Iberoamérica. Sus contenidos se dirigen a los profesionales y técnicos vinculados con las ciencias de la salud, con especial hincapié en aquellos de reciente graduación o en las etapas finales de su capacitación profesional.

Los revisores científicos externos (*peer review*) juzgan la trascendencia científica, la exactitud técnica, el rigor metodológico, la claridad y objetividad de los manuscritos. Los revisores no reciben compensación económica por su colaboración científica.

El contenido científico de Medicina *para y por* Residentes es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

## Medicina para y por Residentes

Se desarrolla con la colaboración editorial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).  
Adhiere a la Asociación Argentina de Revistas y Editores de Ciencias de la Salud (AARECS, exAAEB).  
Es indizada por SIIC *Data Bases*.

## Medicina para y por Residentes

Es una publicación de la Fundación SIIC que integra el programa Actualización Científica sin Exclusiones ACISE.

Esta revista es de libre distribución entre residencias biomédicas de hospitales públicos de la Argentina y América Latina adheridos a los programas ACISE.

La versión virtual de Medicina *para y por* Residentes puede ser consultada libre y gratuitamente por profesionales residentes, concurrentes y becarios en la página [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)

Los médicos que escriben en español los artículos de fuentes colegas no emiten opiniones personales sino que los resumen objetivamente.

Los valores de las suscripciones incluyen todos los gastos de envío. Para más información contactarse con Fundación SIIC, entidad responsable y propietaria de Medicina *para y por* Residentes ([fundacion@siic.info](mailto:fundacion@siic.info)).  
Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte editorial sin previa autorización expresa de SIIC. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la ley N° 11723.



Presidente  
**Rafael Bernal Castro**

Directora  
**Rosa María Hermitte**

### Asesores científicos (*ad honorem*)

Alfredo Buzzi<sup>†</sup>, Decano, Facultad de Medicina, UBA, CABA.  
Javier Lottersberger, Decano, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL, Santa Fe.  
Miguel Farroni, Decano, Facultad de Ciencias Médicas, UNR, Rosario, Santa Fe.  
Olindo Martino, Académico titular, Academia Nacional de Medicina, CABA.

Alberto Monchablón Espinoza, Director, H. Braulio A. Moyano, UBA, CABA.  
Amelia Musacchio de Zan, Directora, Comisión de Psiquiatría, Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, CABA.  
Berta Roth, Directora, Área Terapia Radiante y Diagnóstico por Imágenes, Instituto de Oncología Ángel Roffo, CABA.

Guillermo Roccatagliata, Director, Dpto. Pediatría, Facultad de Medicina, UBA, CABA.  
Miguel Ángel Falasco, Director, CODEI, H. Dr. Pedro Fiorito, Avellaneda, Buenos Aires.  
Daniel Campi, Vicedirector, Instituto Superior de Estudios Sociales, San Miguel de Tucumán, Tucumán.



El programa ACISE cuenta con el respaldo de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); declarado de Interés Nacional por Presidencia de la Nación (940/13), es oficialmente reconocido por su utilidad y calidad por los ministerios de Salud (Res. N° 1058/10 y 1258/12), Ciencia y Tecnología (Res. N° 266/09 y 747/13) y Educación (Res. N° 529SPU/09 y 1891SPU/12) de la Nación.

### Unidades de Coordinación ACISE

*A continuación, hospitales, universidades y entidades asociados con la Red ACISE\*:*

Facultad de Medicina y de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata; Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires; Facultad de Ciencias de la Salud de la UN de Avellaneda; Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos; Facultad de Ciencias Médicas de la UN de Rosario; Facultad de Bioquímica y Biología de la UN del Litoral; Facultad de Medicina de la UN de Tucumán; UN de Entre Ríos; UN del Comahue, entre otras; Hospital Fiorito (Buenos Aires); Hospital San

Martín (Buenos Aires); H. San Juan Bautista (Catamarca); H. Int. de Niños Eva Perón (Catamarca); H. J. C. Perrando (Chaco); H. Pediátrico Dr. Avelino Castelán (Chaco); H. Comodoro Rivadavia (Chubut); H. Rural Trevelín (Chubut); H. Fernández, H. Penna, H. Piñero, H. Rivadavia, H. Ramos Mejía, H. Durand, entre otros de la CABA; H. Córdoba y H. Tránsito Cáceres de Allende (Córdoba); H. I. Escuela José Francisco de San Martín (Corrientes); H. San Martín y H. Justo José de Urquiza (Entre Ríos); H. de Alta Complejidad

Pte. Juan Domingo Perón (Formosa); H. Dr. Héctor Quintana (Jujuy); H. Lucio Molas (La Pampa); Hospital Escuela y de Clínicas Virgen María de Fátima (La Rioja); H. Central de Mendoza, H. del Carmen (Mendoza); Hospital Provincial Castro Rendón (Neuquén); Hospital Zonal Bariloche Ramón Carrillo, Hospital de Viedma Enf. Artemides Zatti (Río Negro); Hospital de Autogestión Dr. Arturo Oñativia (Salta); Hospital Rawson (San Juan); H. Regional de Río Gallegos (Santa Cruz).

\* Este listado es meramente enunciativo. Para más información contactese directamente con Fundación SIIC.

## Artículos originales

SIIC publica artículos originales e inéditos escritos por prestigiosos investigadores, expresamente invitados, que presentan sus trabajos de manera rigurosa, desde el punto de vista científico, y amena, desde el aspecto pedagógico. Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los artículos originales aseguran documentos de calidad en temas estratégicos de la medicina y la salud.

### Colonización por bacterias multirresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente

*Colonization by multidrug-resistant bacteria in high-risk units of a multipurpose institution*

Las infecciones asociadas con el cuidado de la salud representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Aquellas causadas por microorganismos multirresistente son una realidad generadora de brotes intrahospitalarios difíciles de erradicar.

M Bottiglieri, F Berrueto, C Amieva, L Pereyra, ME García

6

#### Comentario

M Beltrán, E Obieta, C Condori, S Garcé, Y El kozah, Hospital Central de San Isidro Melchor A. Posse, Acassuso, Argentina

10

### Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud

*Current criteria in studying psychiatric illness*

La observación de que los criterios actuales de salud y enfermedad mental se vinculan prioritariamente con la enfermedad mental grave y ya consolidada desconoce el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas relacionadas con la salud.

I Kremer

13

#### Comentarios

GN Jemar, Hospital Psicoasistencial Dr. José Borda, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

18

A Zubrzycki, Hospital Braulio Moyano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

19

## Entrevistas

Reportajes a prestigiosos profesionales del mundo entrevistados por los redactores, corresponsales, columnistas o consultores médicos de SIIC.

### Estatinas en altas dosis y regresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada

*High-dose statin therapy and subclinical atherosclerosis regression in patients who suffer from familial combined hyperlipidemia*

El tratamiento con atorvastatina a altas dosis es eficaz para la regresión de la placa de ateroma en tan solo 12 meses en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada. Esta reducción se vuelve estable si se continúa el tratamiento durante dos años.

S Martínez-Hervas

21

#### Comentario

M Ibarrola, Centro Cardiovascular BV, Bella Vista, Argentina

23

## Red Científica Iberoamericana

La Red Científica Iberoamericana (RedClibe) difunde los avances médicos y de la salud de América Latina, España y Portugal que contribuyen al progreso de las ciencias médicas de la región. La RedClibe, como parte integrante del Programa ACISE, publica en esta sección artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

### Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela

*Sex education and teenage pregnancy in Táchira, Venezuela*

Ante los elevados porcentajes de embarazo adolescente en América Latina, en general, y en Venezuela, en particular, la mirada está puesta en la educación sexual como centro neurálgico de la problemática en cuestión.

M Vivas-García, MA Cuberos, R Mazuera-Arias, N Albornoz-Arias

25

#### Comentario

BR Gil Arias, Hospital Materno Infantil de El Valle, Caracas, Venezuela

27

PM Ríos Novoa, Médica, especialista en Medicina del Trabajo.

Consultorio profesional, Lima, Perú

27

## Casos clínicos

Descripción de pacientes que por sus características clínicas, de diagnóstico, forma de presentación infrecuente, imágenes radiológicas o estudios histopatológicos demostrativos puedan resultar de interés para nuestros lectores.

### Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo

*Large T-cell lymphoma in an HIV patient: a case study*

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana presentan alto riesgo de infecciones oportunistas y neoplasias malignas.

GR Rao, NR Koteswara Rao, P Ravi Mohan, YH Kishan Kumar, A Asapu

28

#### Comentario

MC Agostini, Universidad Abierta Interamericana (UAI), Buenos Aires, Argentina

30

## Informes seleccionados

Resúmenes de trabajos seleccionados de la literatura médica universal, escritos por médicos integrantes del Comité de Redacción Científica de SIIC.

### Conveniencia de notificar al paciente diabético la necesidad de vacunarse contra la influenza

*Clinical Audit 10:33-39, Oct 2018*

32

### Errores en la prescripción en los departamentos de emergencias pediátricas

*Pediatric Emergency Care, Mar 2018*

32

### Tratamiento focalizado en pacientes con cáncer prostático

*European Urology 74(4):422-429, Oct 2018*

33

## Cartas al editor

35

## Eventos científicos para Residentes

36

## Contacto directo con autores

37

## Instrucciones para los autores

38



Información adicional en  
[www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com)



# A - Colonización por bacterias multirresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente

## *Colonization by multidrug-resistant bacteria in high-risk units of a multipurpose institution*

Marina Bottiglieri

Doctora en Medicina, especialista en Microbiología Clínica; Jefa del Servicio de Microbiología de la Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Cristian Amieva

Bioquímico, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Laura Pereyra

loquímica, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Fabiana Berruezo

Bioquímica, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

María Eva García

Bioquímica, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Córdoba, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud

[www.siicsalud.com/dato/experto.php/149037](http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/149037)

Enviar correspondencia a: Marina Bottiglieri, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Oncativo 1248, Córdoba, 5000, Argentina.



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

### Resumen

Las infecciones asociadas con el cuidado de la salud representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Aquellas causadas por microorganismos multirresistentes (MMR) son una realidad generadora de brotes intrahospitalarios difíciles de erradicar. Entre las formas de abordaje internacionalmente aceptadas destacan el uso racional de antimicrobianos y el aislamiento de los casos detectados. Los objetivos del presente trabajo fueron evaluar, mediante cultivo nasal y rectal, el estado de colonización por MMR en pacientes con largas estadías hospitalarias, determinar las especies bacterianas predominantes, los perfiles de resistencia prevalentes e identificar los pacientes que adquirieron una infección por MMR. Fue un estudio observacional, descriptivo y prospectivo. Se investigaron pacientes mayores de 20 años, internados por más de diez días en la institución, y aquellos que, viniendo de otros centros de salud, centros de rehabilitación o geriátricos requirieron internación en la clínica. En el período de agosto de 2013 a agosto 2014 se realizaron cultivos de vigilancia mediante hisopado nasal para búsqueda de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) e hisopado rectal para enterococos resistentes a vancomicina (EVR) y enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EB-BLEE). Se comprobó colonización por alguno de los MMR en el 31% de los pacientes. La distribución por MMR fue la siguiente: SARM, 5%; EVR, 10% y EB-BLEE, 25%, con predominio de *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. De los pacientes colonizados, el 16% presentó infección. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Klebsiella oxytoca* fueron los agentes más frecuentes, recuperados principalmente de infecciones urinarias y bacteriemias. En cuanto al comportamiento frente a otros antibióticos, los aislamientos de SARM fueron sensibles a trimetoprima-sulfametoxazol. Todos los EVR pertenecían a la especie *E. faecium* y tuvieron un alto nivel de resistencia a aminoglucósidos sumada a la resistencia a ampicilina, lo cual limita el tratamiento sinérgico en infecciones graves. En las EB-BLEE, las resistencias frecuentemente asociadas fueron a trimetoprima-sulfametoxazol y fluoroquinolonas, manteniendo sensibilidad frente a carbapenémicos. Es importante conocer los perfiles de resistencia a otros antimicrobianos que pueden constituir una opción terapéutica. Es notoria y conocida la variación geográfica de los resultados de colonización, por lo que cada institución debería efectuar cultivos de vigilancia para conocer su situación y mejorar el control.

**Palabras clave:** infecciones asociadas con el cuidado de la salud, microorganismos multirresistentes, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Enterococcus* spp., cultivos de vigilancia

### Abstract

Healthcare associated infections (HAI) cause high morbidity and mortality in all healthcare systems. Those caused by multidrug-resistant microorganisms (MDRO) can trigger clinical infections that are difficult to treat. Among the internationally recognized forms of treatment are the rational use of antimicrobials and isolation of detected cases. The objectives were to assess the prevalence of colonization by MDROs in patients with long hospital stays by nasal and rectal cultures, to determine the predominant bacterial species, the prevalent resistance profiles and to identify those patients who acquired MDRO infections. An observational and descriptive study was conducted. Adults over the age of 20 with more than ten days stay in the hospital or patients from other healthcare facilities, rehabilitation centers or long-term care facilities (nursing homes) were studied. In the period August 2013-2014, surveillance cultures were performed using nasal swabs to search for methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) and rectal swabs for vancomycin-resistant enterococci (VRE) and extended spectrum beta-lactamase-producing Enterobacteriaceae (ESBL-EB). Colonization was evidenced by some of the MMR in 31% of patients. MDRO distribution was as follows: 5% MRSA, 10% VRE and 25% ESBL-EB, predominantly *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*. Among colonized patients 16% developed an infection. *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* and *Klebsiella oxytoca* were the most common agents recovered mainly from urinary tract and bloodstream infections. When other antibiotics were used, the MRSA isolations were sensitive to trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP-SMZ). All VRE belonged to the species *E. faecium* and presented a high level of resistance to aminoglycosides; this condition, as well as resistance to ampicillin, restricts synergic treatment in serious infections. In the ESBL-EB the most frequently reported resistance was to TMP-SMZ and to fluoroquinolones, while retaining sensitivity to carbapenems. It is important to know the resistance profiles to other antimicrobials as possible therapeutic options. Because of the wide geographic variation in the results of colonization, each institution should carry out surveillance cultures to discover their status and improve control thereof.

**Keywords:** healthcare associated infection, multidrug resistant bacteria, methicillin resistant *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp., surveillance cultures

## Introducción

La seguridad del paciente es una preocupación creciente de la salud pública en todo el mundo. Se calcula que en los países desarrollados uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Siete de cada cien pacientes hospitalizados en un momento dado en los países desarrollados y diez de cada cien en los países en desarrollo contraerán infecciones asociadas con el cuidado de la salud.<sup>1</sup> Estas infecciones obedecen a múltiples factores; el uso creciente de insumos biomédicos, la mayor supervivencia de pacientes críticamente enfermos, el uso irracional de antimicrobianos y la falta de programas integrales de vigilancia y control contribuyen a su incremento y a la aparición de bacterias con diversos mecanismos de resistencia que, a través de una transferencia horizontal, logran una diseminación hospitalaria de muy difícil control.<sup>2-4</sup>

Entre los microorganismos más frecuentes, *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SARM), *Enterococcus* spp. resistente a glucopéptidos (EVR), enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EB-BLEE) y bacterias productoras de carbapenemasas desarrollan fenotipos de panresistencia bacteriana que se traducen en una falta de sensibilidad a todos los antimicrobianos disponibles; esta situación ha sido informada en prácticamente todo el mundo.<sup>5-8</sup>

Como posible medida de control existe la vigilancia activa de la emergencia de estas bacterias para evitar su diseminación. Los cultivos de vigilancia se realizan en los pacientes que permanecen hospitalizados por un tiempo prolongado y consisten en obtener muestras de reservorios humanos de estos agentes, identificarlos y adoptar medidas de bioseguridad eficientes para mantener controlada su transmisión mientras la persona permanezca en la institución.

Esto constituye unas de las problemáticas de salud en nuestro país y en nuestra institución, lo que justifica el seguimiento continuo de este fenómeno.

Los objetivos de este trabajo fueron conocer la prevalencia de colonización por bacterias multirresistentes en pacientes con estadías mayores de diez días en la institución, y al ingreso en ella de aquellos provenientes de otros centros de salud, centros de rehabilitación o geriátricos. Determinar las especies bacterianas predominantes, los perfiles de resistencia prevalentes e identificar aquellos pacientes que, teniendo una colonización positiva, adquirieron una infección por microorganismos multirresistentes (MMR).

## Pacientes y métodos

El diseño de este estudio de prevalencia fue observacional, descriptivo y prospectivo. La población de muestreo consiste en los pacientes adultos internados en todas las salas de una institución de salud privada, polivalente, con atención pediátrica y de adultos. Cuenta con una disponibilidad total de 124 camas, cifra que se conforma sumando las de internación en piso, así como las de áreas de cuidados críticos.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes mayores de 20 años, con más de diez días de internación en la institución, y pacientes que, proviniendo de otros centros de salud, centros de rehabilitación o geriátricos, requirieron internación en la clínica.

Las variables a registrar fueron: estado de portador, edad, sexo, motivo de internación, especie bacteriana que coloniza, perfil de resistencia bacteriana, infección por la bacteria multirresistente.

El análisis estadístico fue descriptivo, los datos obtenidos fueron introducidos y almacenados en una planilla electrónica y los cálculos de los valores de frecuencias fueron realizados utilizando la herramienta Microsoft Excel. Las frecuencia de estado portador, tipo de portación y perfiles de resistencia se informan como n (%).

Se resguardará la identidad de cada paciente, y la confidencialidad de los datos.

El período de estudio comprendió desde el 22 de agosto de 2013 hasta el 21 de agosto de 2014. Se investigó la colonización nasal por SARM y la intestinal por EVR y EB-BLEE al ingreso, y cada diez días durante la internación. Para cada paciente se registró sexo, edad, sector de la institución donde fue internado (Unidad Coronaria, Unidad de Cuidados Intensivos o piso), enfermedad de base o comorbilidad, y si recibió o no tratamiento antibiótico.

Se realizaron hisopados nasales y rectales a los pacientes en estudio, los cuales fueron transportados para su procesamiento al Laboratorio de Microbiología dentro de las dos horas de obtenidos, o conservados en medio de transporte Cary Blair a temperatura ambiente hasta 24 horas.

Las muestras fueron sembradas en medios ChromID® bioMérieux para SARM, EVR y EB-BLEE, las placas se incubaron a  $35 \pm 1$  °C en aerobiosis durante 18 a 24 horas; en caso de ser negativas se incubaron en las mismas condiciones por 24 horas adicionales. En cada caso las colonias sospechosas fueron reaisladas para identificación definitiva de las cepas por pruebas bioquímicas.

La confirmación del mecanismo de resistencia estudiado se llevó a cabo por el método de Bauer y Kirby, según cada caso, utilizando los valores de corte sugeridos por el *Clinical and Laboratory Standards Institute* (CLSI).<sup>9,10</sup>

Se consideró un aislamiento como SARM cuando el disco de cefoxitina (30 µg) presentó un halo de inhibición  $\leq 21$  mm.

En el caso de EVR se probaron discos de vancomicina (30 µg) y teicoplanina (30 µg), considerándose resistentes los aislados con halos  $\leq 14$  mm y  $\leq 10$  mm, respectivamente.

Para enterobacterias se ensayaron discos de ceftazidima (30 µg), ceftazidima/ácido clavulánico (10 µg), cefotaxima (30 µg) y cefotaxima/ácido clavulánico (10 µg). Un delta de 5 mm o más entre los discos del betalactámico más el inhibidor *versus* el betalactámico solo confirmó la producción de BLEE.

Para determinar las resistencias acompañantes, se ensayaron diferentes antimicrobianos para los distintos agentes aislados. Para SARM: eritromicina 15 µg, clindamicina 2 µg, gentamicina 10 µg, ciprofloxacina 5 µg, trimetoprima-sulfametoxazol 1.25/23.75 µg, minociclina 30 µg, ácido fusídico 10 µg, linezolid 30 µg, rifampicina 5 µg, tigeciclina 15 µg, vancomicina y teicoplanina. Para EVR: minociclina, fosfomicina 50 µg, cloranfenicol 30 µg, rifampicina, linezolid, ampicilina 10 µg, ampicilina-sulbactam 10/10 µg, gentamicina 120 µg y estreptomina 300 µg de alta carga. Para EB-BLEE: ácido nalidixico 30 µg, meropenem 10 µg, colistin 10 µg, piperacilina/tazobactam 100/10 µg, trimetoprima-sulfametoxazol, imipenem 10 µg, ciprofloxacina, amikacina 30 µg, ertapenem 10 µg, cefalotina 30 µg, cefoxitina 30 µg, cefepima 30 µg, tigeciclina, ampicilina y gentamicina.

## Resultados

De un total de 204 pacientes estudiados, 155 fueron evaluados una vez, 34 tuvieron dos tomas de muestra y 15 fueron evaluados tres o más veces. Las edades fueron

de entre 20 y 98 años y el 56% eran hombres. Del total de pacientes estudiados se verificó colonización por algún MMR en el 31% (63/204), de los cuales cuatro provenían de otras instituciones de salud, y otros cuatro, de geriátricos.

Entre los motivos de ingreso de los pacientes que resultaron colonizados encontramos: neumopatía en 12 casos (tres presentaban enfermedad pulmonar obstructiva crónica; siete, neumonía; y dos presentaban neumopatías por broncoaspiración), neoplasias en 11 personas (todas de órgano sólido), 10 pacientes presentaron trastornos neurológicos (accidente cerebrovascular en seis de ellos, dos presentaron depresión del sensorio; uno, esclerosis múltiple, y uno, meningitis); ocho pacientes presentaron fracturas que requirieron cirugía e internación, en cinco casos la causa era cardiopatía (insuficiencia cardíaca), y el resto ingresó por otras causas.

Del total de pacientes positivos, 54 (86%) lo fueron en la primera toma de muestra, 5 (8%) durante la segunda y 4 (6%) a partir de la tercera o de ulteriores búsquedas. En el grupo de pacientes colonizados al inicio de la búsqueda de MMR, cuatro provenían de geriátricos y tres habían sido derivados de otra institución; los restantes provenían de la comunidad.

La persistencia de la colonización fue variable, con algunos casos de colonización positiva durante toda la estadía hospitalaria, otros presentaron una rápida negativización, y en un tercer grupo se registró alternancia de cultivos positivos y negativos.

El 3% de los pacientes era portador de SARM, el 83% (5/6) había ingresado a la institución desde la comunidad; tres de ellos solo fueron evaluados una vez, dos presentaron más de un hisopado positivo (se mantuvieron colonizados aun después del tratamiento con mupirocina) y uno fue descolonizado y no volvió al estado de portador.

El 10% de los pacientes era portador de EVR, el 85% (17/20) provenía de la comunidad. De ellos, 11 fueron

evaluados solo una vez; tres presentaron más de un hisopado positivo, de los cuales dos tuvieron resultados negativos, luego positivos y nuevamente negativos, y uno se mantuvo positivo durante todo el período evaluado; seis fueron negativos al comienzo de la toma de muestras, y fueron positivos luego.

El 25% de los pacientes era portador de EB-BLEE; el 84% (42/50) provenía de la comunidad. De ellos, 28 fueron evaluados solo una vez; 22 permanecieron internados más tiempo, por lo que fueron evaluados dos o más veces. De los pacientes que presentaron más de un hisopado positivo, siete se mantuvieron positivos durante todo el período estudiado, y cuatro tuvieron resultados positivos al comienzo de la toma de muestras y negativos en las siguientes muestras; nueve fueron negativos al comienzo, tornándose positivos en las siguientes muestras evaluadas, y dos tuvieron resultados negativos, luego positivos y nuevamente negativos.

La Figura 1 muestra los porcentajes de colonización por SARM, EVR y EB-BLEE, y la Figura 2, las especies de enterobacterias aisladas.

En tres de los pacientes colonizados por EB-BLEE se modificaron las especies bacterianas recuperadas, en el resto se mantuvieron las mismas durante las distintas tomas de muestra.

En la Tabla 1 se consignan los datos de resistencias asociadas con cada bacteria multiresistente.

En las cepas de SARM recuperadas, las resistencias más frecuentemente observadas fueron a eritromicina, clindamicina, ciprofloxacina y gentamicina.

Del total de pacientes, 20 fueron confirmados como EVR, pero solo 18 cepas resultaron viables para realizar pruebas de sensibilidad.

En los EVR aislados se observó con mayor frecuencia resistencia a estreptomina de alta carga, rifampicina y eritromicina, presentando una buena sensibilidad a gentamicina de alta carga.

Los pacientes colonizados por más de un MMR fueron 16 (25%). El 14% (9/63) fue positivo para EB-BLEE y EVR. Ocho pacientes presentaron colonización simultánea de EB-BLEE y EVR al momento de estudio, y uno, en tomas de muestras diferentes. Dos de 63 resultaron positivos para los tres tipos de microorganismos estudiados a la vez. Al igual que en la situación anterior, uno fue simultáneo y el otro en distintos momentos. En cinco de los pacientes portadores de EB-BLEE se recuperaron dos especies bacterianas simultáneamente. Las combinaciones observadas fueron *Escherichia coli*, dos fenotipos; *Escherichia coli* más *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli* más *Citrobacter freundii* y *Klebsiella pneumoniae* más *Citrobacter freundii*.

De los 63 pacientes colonizados con alguno de los microorganismos estudiados, diez (16%) presentaron infección. Hubo seis casos de infecciones urinarias, tres bacteriemias, dos de ellas asociadas con el catéter, y una con infección urinaria como foco; dos infecciones de herida quirúrgica, una infección de escara sacra, una sinusitis maxilar y una neumonía. La Tabla 2 muestra los agentes etiológicos recuperados. De los 141 pacientes que resultaron negativos durante el período en estudio, ocho (4%) presentaron infección por alguno de los MMR analizados.

Todas las bacterias aisladas de infecciones presentaron el mismo perfil de sensibilidad que aquellas aisladas de hisopados de colonización, a excepción de una cepa de *Escherichia coli* y una de SARM que presentaron discordancia de halos en un antimicrobiano en cada caso, situación que no pudo ser confirmada.

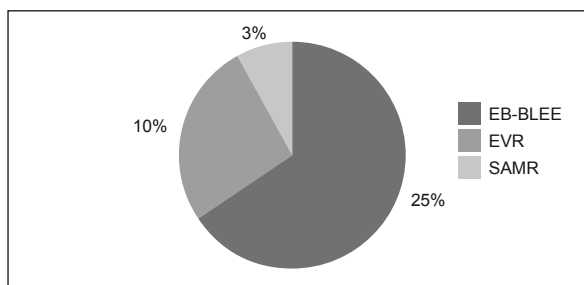


Figura 1. Porcentajes de colonización de las diferentes bacterias estudiadas.

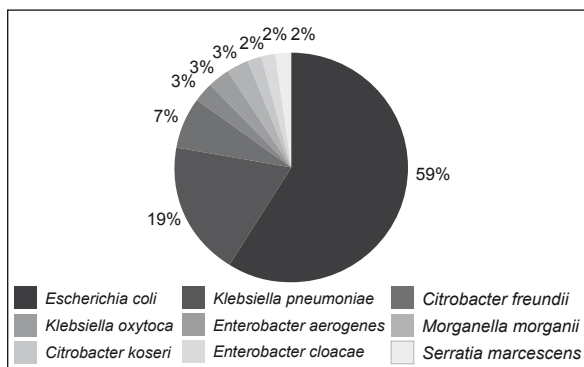


Figura 2. Distinción de especies de enterobacterias BLEE aisladas de los hisopados de portación.



**Tabla 1.** Resistencia acompañante en *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SARM), *Enterococcus* spp. resistente a gluco péptidos (EVR) y enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EB-BLEE).

SARM (n = 6)						
Antibiótico	Eritromicina	Ciprofloxacina	Gentamicina	Clindamicina	Trimetoprima-sulfametoxazol	
N° de cepas	4/6	2/6	2/6	2/6	0/6	
EVR (n = 18)						
Antibiótico	Eritromicina	Rifampicina	Ampicilina	Estreptomina de alta carga	Gentamicina de alta carga	
N° de cepas	18/18	18/18	18/18	17/18	1/18	
EB-BLEE (n = 58)						
Antibiótico	Trimetoprima-sulfametoxazol	Ciprofloxacina	Gentamicina	Amikacina	Imipenem	Meropenem
Porcentaje	40% (23/58)	38% (22/58) SD: 17% (10/58)	22% (13/58)	3% (2/58)	0% (0/58)	0% (0/58)

SD: sensibilidad disminuida a fluoroquinolonas.

**Tabla 2.** Infecciones asociadas con el cuidado de la salud en pacientes colonizados y agentes etiológicos recuperados.

Infecciones (n)	Aislamientos (n)
Infección urinaria (6)	<i>E. coli</i> BLEE(3), <i>K. pneumoniae</i> BLEE, <i>K. oxytoca</i> BLEE, VRE
Bacteriemias (3)	<i>E. coli</i> BLEE, <i>K. oxytoca</i> BLEE, VRE
Heridas quirúrgicas (2)	SAMR, VRE
Escara sacra (1)	VRE
Sinusitis maxilar (1)	<i>E. aerogenes</i> BLEE
Neumonía (1)	<i>E. coli</i> BLEE

## Discusión

Las infecciones hospitalarias son actualmente uno de los principales problemas sanitarios y las causadas por MMR son de particular importancia. Es notoria y conocida la variación geográfica de los resultados de colonización.

Los pacientes que llegan trasladados desde otras instituciones son fuente de contagio de MMR, ya que uno de cada siete llega colonizado, por lo que resulta un potencial generador de un brote.<sup>8</sup> En nuestro estudio, el bajo número de individuos colonizados provenientes de otros hospitales o geriátricos no nos permitió efectuar un análisis comparativo entre ese grupo y los provenientes de la comunidad, pero podemos destacar que siete de los ocho pacientes presentaron colonización por alguno de los MMR estudiados al ser analizados por primera vez. Esto conduce a establecer como rutina el estudio de colonización a los pacientes derivados de otros centros de salud para tomar las medidas preventivas necesarias.

La distribución de microorganismos multiresistentes para el conjunto de los pacientes estudiados fue 3% de SARM, 10% de ERV y 25% de EB-BLEE. Estos valores son menores que los observados por otros investigadores en Latinoamérica, quienes encontraron porcentajes que fluctuaron entre 4% y 25% para SARM, 18% y 52% para ERV y 38% y 60% para EB-BLEE.<sup>8,11-16</sup> Es importante aclarar que los resultados obtenidos no permiten inferir lo que ocurre en otros centros de salud, y solo son válidos para nuestra institución. Debido a las características de la institución y a su elevado recambio/camas, no contamos con un número importante de pacientes con internaciones prolongadas. Por ese motivo, la mayoría de nuestros resultados se obtuvieron en la primera, y muchas veces única, toma de la muestra.

Hubo un 25% de pacientes que estuvo colonizado por más de un MMR; en trabajos de otros autores se encontraron porcentajes muy variables. En todos los casos de colonización mixta hubo un bacilo gramnegativo involucrado, tal como lo expone la literatura.<sup>8,17,18</sup> Los motivos de ingreso de los pacientes fueron similares a los obser-

vados por otros autores.<sup>12,19</sup> Las enfermedades respiratorias, las complicaciones posquirúrgicas y los trastornos neurológicos condicionan estancias prolongadas en el hospital, mayor contacto con trabajadores de la salud, necesidad de diferentes objetos médicos de soporte vital y tratamiento antimicrobiano por largos períodos, lo que se relaciona con mayor riesgo de colonización o infección por microorganismos multiresistentes.<sup>1</sup>

El comportamiento de EVR frente a otros antibióticos coincidió con lo observado en otros trabajos, lo que limita el tratamiento sinérgico en infecciones graves debido al alto nivel de resistencia a aminoglucósidos observado en *E. faecium* y, habitualmente, resistencia a ampicilina.<sup>12,19</sup> En el caso de SARM, todas las cepas fueron sensibles a trimetoprima-sulfametoxazol, por lo que podría ser una opción válida para el tratamiento empírico de estas infecciones.

En cuanto a las EB-BLEE, las resistencias frecuentemente asociadas fueron a trimetoprima-sulfametoxazol y a aminoglucósidos, por la posibilidad de transferirse en el mismo elemento móvil, y a las fluoroquinolonas por una selección de ambos mecanismos tras el uso de antibióticos. Esto concuerda con lo expuesto en la bibliografía.<sup>17,20</sup>

En nuestro trabajo, el 16% de los pacientes colonizados presentó infección. Los agentes etiológicos predominantes fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Klebsiella oxytoca*, recuperados de infecciones urinarias y bacteriemias. En una revisión de la literatura hubo diferencias con respecto a lo encontrado por otros autores, cuyos aislamientos principales fueron *Enterobacter* spp. y *Proteus* spp.<sup>21,22</sup> No se realizó un estudio molecular de las bacterias aisladas simultáneamente en la colonización y el proceso infeccioso del mismo paciente, por lo cual no puede determinarse fehacientemente que se haya tratado de la misma cepa. El perfil de sensibilidad a los antimicrobianos no es un marcador útil de clonalidad, ya que existen variaciones y similitudes entre clones y su poder discriminatorio en la relación clonal es bajo.

Existe una asociación entre la aparición de resistencia y el incremento en la mortalidad, la duración de la hospitalización y los costos de salud. Otros factores incluyen el tratamiento inicial inadecuado o instaurado de manera tardía, sumado a la gravedad de las enfermedades de base que presentan estos pacientes. Por lo expuesto, resulta importante conocer los perfiles de resistencia a otros antimicrobianos que pueden constituir una opción terapéutica.<sup>23-25</sup>

## Conclusión

La seguridad de los pacientes es un componente esencial de la calidad asistencial, y la prevención de las infec-

ciones asociadas con el cuidado de la salud contribuye al respecto. La identificación de portadores es importante para implementar las medidas que impidan la posterior infección del propio paciente o la transmisión a través de las manos del personal sanitario. Es de destacar que la realización de cultivos de vigilancia puede prevenir la diseminación de estas bacterias y evitar la adquisición de

infecciones hospitalarias que aumentan los costos de internación, prolongan la estadía hospitalaria y dificultan la rápida recuperación de los pacientes hospitalizados. Las variaciones observadas en la epidemiología de estas bacterias sugieren que cada institución debería efectuar cultivos de vigilancia sistemáticos o de prevalencia puntual para conocer su situación y mejorar su control.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019  
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

#### Lista de abreviaturas y siglas

SARM, *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina; EVR, *Enterococcus* spp. resistente a glucopéptidos; EB-BLEE, enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido; MMR, microorganismos multirresistentes; CLSI, *Clinical and Laboratory Standards Institute*.

#### Cómo citar este artículo

Bottiglieri M, Berruezo F, Amieva C, Peryra L, García ME. Colonización por bacterias multirresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente. *Medicina para y por Residentes* 7(1):6-12, Ago 2019.

#### How to cite this article

Bottiglieri M, Berruezo F, Amieva C, Peryra L, García ME. Colonization by multidrug-resistant bacteria in high-risk units of a multipurpose institution. *Medicina para y por Residentes* 7(1):6-12, Ago 2019.

#### Autoevaluación del artículo

Las infecciones asociadas con el cuidado de la salud representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. Aquellas causadas por microorganismos multirresistentes son una realidad generadora de brotes intrahospitalarios difíciles de erradicar, y constituyen un desafío clínico-terapéutico, tanto en nuestra institución como en el mundo, lo que justifica el seguimiento continuo de este fenómeno.

#### En cuanto a la vigilancia activa de la emergencia de bacterias multirresistentes mediante cultivos de vigilancia en una institución de salud, señale la opción correcta:

A, No evita la diseminación de microorganismos multirresistentes (MMR) ni las infecciones; B, Permite extrapolar datos de colonización locales a hospitales cercanos; C, No determina esquemas de tratamientos empíricos para infecciones intrahospitalarias; D, Son innecesarios, ya que la bibliografía presenta datos universales; E, Permite conocer la microbiota hospitalaria y controlar brotes intrahospitalarios.

Verifique su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/149037](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/149037)

#### Conexiones temáticas

Los informes de *Medicina para y por Residentes* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



#### Comentario

##### Importancia de la vigilancia de bacterias multirresistentes

#### Marcelo Beltrán, Elena Obieta, Claudia Condori, Sabrina Garcé, Yasmín El kozah

Servicio de Enfermedades Transmisibles y Emergentes, Hospital Central de San Isidro Melchor A. Posse, Acassuso, Argentina

Este estudio sobre los resultados de los cultivos de vigilancia para búsqueda de colonizados por bacterias multirresistentes y evaluación del riesgo de infección en los pacientes colonizados tiene importancia para toda institución que lo implementa en forma sistemática. Sirve como guía para dirigir aislamientos de contacto y tratamientos antibióticos empíricos en casos de infecciones que se manifiestan después de varios días de internación. Esta experiencia local, llevada a cabo a nivel institucional, nos parece destacable y meritoria. A pesar de que el estudio se origina en el Servicio de Bacteriología, muestra que en toda institución debería existir un equipo multidisciplinario activo de

epidemiología y control de infecciones hospitalarias capaz de reglamentar, por medio de la dirección a la que asesora, varios aspectos, muchos de los cuales son considerados en el trabajo publicado. Por otra parte, plantea varios problemas que se originan en la información obtenida a partir de la bacteriología. Su solución no fue abordada en el estudio publicado, quizás por no ser el objetivo buscado por sus autores. La investigación muestra la necesidad de efectuar cultivos sistemáticos de vigilancia cada 10 a 15 días, tanto en los pacientes internados como al momento del ingreso de aquellos que provienen de otras instituciones. Se puede discutir si estas acciones se deben circunscribir a las áreas críticas solamente o a toda la institución, así como la periodicidad de estas. Estas últimas variables dependerán de los presupuestos con que se trabaje y de la epidemiología local.<sup>1,2</sup> Todo este universo de aislamientos microbiológicos obtenido por acciones de vigilancia pasiva o activa

debe ser ordenado y utilizado para el conocimiento de la microbiología de la institución, especialmente de las áreas críticas, no solamente para el abordaje de cada caso individual. Esta información, ampliamente difundida, sirve para ir diseñando y actualizando periódicamente los tratamientos antibióticos empíricos<sup>3,4</sup> y para la implementación de programas de uso racional de antibióticos.

Si se pudiera generalizar, no los hallazgos microbiológicos (que como se sabe son propios de cada institución) sino la metodología de trabajo a partir de las conclusiones del presente estudio, sugerimos tener en cuenta los siguientes puntos: 1) Estos tratamientos, adaptados a la gravedad clínica inicial de cada caso, deberán ser desescalados al recibir los cultivos específicos. 2) Debería haber una tendencia a acortar la duración de los tratamientos antibióticos, concentrando los esfuerzos iniciales en la profilaxis antibiótica, que también debe ser adaptada a cada institución (monovalente o polivalente, de alta complejidad, tipo de población a cargo, entre otros aspectos). 3) Adoptar normas de aislamiento que balanceen adecuadamente costos y beneficios. El problema de la resistencia antibiótica puede ser controlado por otras vías, como el control de antibióticos y el control horizontal de las infecciones cruzadas con énfasis en el lavado de manos.<sup>5</sup> 4) Analizar los principales factores de riesgo para contraer una colonización o infección hospitalaria. Llama la atención que no se haya incluido entre los microorganismos resistentes a *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC). Quizás por su baja incidencia en el área programática de la institución. Este microorganismo se ha transformado en un problema de importancia en muchos centros de Argentina y del resto del mundo.<sup>6</sup>

Un aspecto no contemplado en la publicación es que *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) y los microorganismos gramnegativos productores de betalactamasas de espectro amplio, especialmente SAMR, llegan en forma permanente a las instituciones desde las comunidades en las que asientan. No es necesaria una internación prolongada o que el paciente provenga de otra institución para que esté colonizado o presente una infección por microorganismos resistentes que obliguen a considerar esquemas antibióticos de espectro amplio. Aun en cuadros comunitarios, es imprescindible conocer la epidemiología local para indicar con seguridad antibióticos como los betalactámicos o la ciprofloxacina en sepsis con foco abdominal, urinario o de piel y partes blandas.

En cuanto a los patrones de resistencia de los bacilos gramnegativos, se menciona el ejemplo de la etiología aerobia de la apendicitis aguda en adultos.

En el estudio multicéntrico de la sepsis abdominal en Argentina se puso de manifiesto la presencia de bacilos gramnegativos resistentes, aun productores de betalactamasas de espectro amplio. Sin embargo, dada su prevalencia menor del 10%, no se recomienda el tratamiento empírico inicial con piperacilina-tazobactam o carbapenémicos.<sup>7,8</sup>

También está descrito el ingreso permanente de las cepas de SAMR comunitarias (SAMR-CO). Un artículo demostró claramente la transmisión de SAMR a nivel comunitario<sup>9</sup> en barrios de Londres, vinculada con la pobreza y el hacinamiento. Asimismo, ha sido demostrada la llegada continua de estas cepas a los hospitales.<sup>10,11</sup> Esta entrada desde la comunidad va cambiando los niveles de resistencia antimicrobiana de los SAMR de la institución y van disminuyendo los niveles de resistencia a fármacos como la ciprofloxacina, la clindamicina y otros.<sup>12</sup>

Este tema ya fue publicado<sup>13</sup> en la Revista Medicina (Buenos Aires).

#### Bibliografía del comentario

1. Lin MY, et al. Regional Epidemiology of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Among Adult Intensive Care Unit Patients Following State-Mandated Active Surveillance. *Clin Infect Dis* 66(10):1535-1539, 2018.
2. Karampatakis T, et al. Impact of Active Surveillance and Infection Control Measures on Carbapenem-Resistant Gram-negative Bacterial Colonization and Infections in Intensive Care. *J Hosp Infect* 99(4):396-404, 2018.
3. Catalán M, et al. Tratamiento antibiótico Empírico de Elección en pacientes con Urosepsis Secundaria a Litiasis Urteral: reporte de sensibilidad local. *Rev Med Chile* 145:755-759, 2017.
4. Jimenez A, et al. Factores de Riesgo Asociados al Aislamiento de *Escherichiacoli* *Klebsiellapneumoniae* productoras de beta lactamasas de espectro extendido en un hospital de cuarto nivel en Colombia. *Biomédica* 34 (Supl. 1):16-22, 2014.
5. Lemmen SW, Lewalter K. Antibiotic Stewardship and horizontal infection control are more effective than screening, isolation and eradication. *Infection* 46:581-590, 2018.
6. Echavarría G, et al. Colonización por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC en un hospital universitario. *Medicina (Buenos Aires)* 77:105-110, 2017.
7. Scapellato P, et al. Etiología Aerobia de Apendicitis Aguda en Adultos. Estudio Multicéntrico de la Sepsis Abdominal en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)* 77:121-124, 2017.
8. Clara L, et al. Infecciones Intraabdominales. Puesta al Día y Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Infectología. *Medicina (Buenos Aires)* 78:417-426, 2018.
9. Auguet O, Betley JR, Stabler RA, et al. Evidence for community transmission of community-associated but not health-care-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* strains linked to social and material deprivation: spatial analysis of cross-sectional data. *PLoS Med* 13:e1001944, 2016.
10. Cancellieri F, et al. A case of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* wound infection: phylogenetic analysis to establish if nosocomial or community acquired. *Clinical Case Reports* 6(5):871-874, 2018.
11. Popovich K, et al. Genomic and Epidemiological Evidence for Community Origins of Hospital - Onset Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Bloodstream Infections. *J Infect Dis* 215(11):1640-1647, 2017.
12. Auguet O, et al. Evidence for Community Transmission of Community-Associated but Not Health - Care Associated Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* Strains Linked to Social and Material Deprivation: Spatial Analysis of Cross-Sectional data. *PLoS Medicine* 13(1):e1001944, 2016.
13. Beltran M, et al. Relación entre Hacinamiento e infecciones comunitarias de piel y partes blandas. *Medicina (Buenos Aires)* 7(6):465-468, 2017.

#### Bibliografía

1. Organización Mundial de la salud. Diez datos sobre seguridad del paciente. Junio de 2014.
2. Taller INE-SADI: La multiresistencia: un problema a abordar en forma interdisciplinaria e interinstitucional. X Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología, SADI 2011, 19 y 20 de mayo 2011, Mar del Plata, Argentina.
3. Cano ME, Domínguez MA, Ezpeleta Baquedano C, Martínez L, Padilla Ortega B, Ramírez de Arellano E. Cultivos de vigilancia epidemiológica de bacterias resistentes a los antimicrobianos de interés nosocomial. *Procedimientos en Microbiología Clínica, Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2007.
4. Cosgrove SE. The relationship between antimicrobial resistance and patient outcomes: mortality, length of hospital stay, and health care costs. *Clin Infect Dis* 42(Suppl 2):S82-89, 2006.
5. Cuervo Alvarez MP. Importancia de los mecanismos de resistencia y multiresistencia en *S. aureus*,

*Acinetobacter baumannii* y *Klebsiella* y su repercusión en la asistencia hospitalaria. Trabajo de fin de Master de Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos, Universidad de Oviedo, Asturias, España, Junio de 2012.

6. Muzachiodi MI, Ferrero SM. Incidencia de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005, Resumen: M-135.
7. Hebert C, Weber SG. Common approaches to the control of multidrug-resistant organisms other than methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA). *Infect Dis Clin North Am* 25(1):181-200, 2011.
8. Herve B, Izquierdo G, Chomali M, Blamey R, Gutiérrez C, Luna M, et al. Los pacientes trasladados de otro centro: fuente de infección de microorganismos multiresistentes. Resultados de seis años de programa de vigilancia activa. *Rev Med Clin Condes* 25(3):457-462, 2014.
9. Performance standards for antimicrobial disk and dilution susceptibility testing. 22th informational

supplement, *Clinical and Laboratory Standards Institute M100-S22*. Vol. 32, N° 3, 2012.

10. Guerrero Gómez C, Sanchez Carrillo C. Recogida, transporte y procesamiento general de las muestras en el laboratorio de microbiología. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2003.
11. Olarte NM, Valderrama IA, Reyes KR, Garzón MI, Escobar JA, Castro BE, et al. Colonización por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en una unidad de cuidados intensivos de adultos de un hospital colombiano: caracterización fenotípica y molecular con detección de un clon de circulación en la comunidad. *Biomédica* 30:353-61, 2010.
12. Salas Vargas AV, Boza Cordero R, Bustamante García W, García Santamaría F, Barrantes Valverde E. Prevalencia e identificación genotípica de Enterococos vancomicina resistentes en pacientes en un medio hospitalario. *Acta Méd Costarric* 46(1):19-26, 2004.
13. Campos Furtado GH, Teixeira Martins S, Coutinho AP, Barsanti Wey S, Servolo Medeiros EA. Preva-

lence and factors associated with rectal vancomycin-resistant enterococci colonization in two intensive care units in São Paulo, Brazil. *Braz J Infect Dis* 9(1), 2005.

14. Togneri AM, González J, Lopardo H, Podestá LB, Gagetti P, Perez M, et al. Análisis clínico-epidemiológico de la portación intestinal de enterococos resistentes a vancomicina en una unidad de terapia intensiva. *Revista Argentina de Microbiología* 37:26-33, 2005.

15. López N, Puig Orgaz C, Notario R, Gambande T, Luciano MI, Borda N. Portación nasal de *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes en poblaciones de la comunidad. *Rev Med Rosario* 80:59-62, 2014.

16. Blanco ME, Scandizzo E, Gonzalez YDS, D'Urso GH, Pestana LM, Godoy DA, et al. Seguimiento de la portación de microorganismos multirresistentes en un hospital de alta complejidad. *Infecciones Asociadas el Cuidado de la Salud (IACS) (ABS)* 176.

17. Ludden C, Cormican M, Vellinga A, Johnson JR, Austin B, Morris D. Colonisation with ESBL-

producing and carbapenemase-producing Enterobacteriaceae, vancomycin-resistant enterococci, and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a long-term care facility over one year. *BMC Infect Dis* 15:168, 2015.

18. Donskey CJ, Ray MJ, Huyen CK, Fuldauer PD, Aron DC, Salvator A, et al. Colonization and infection with multiple nosocomial pathogens among patients colonized with vancomycin-resistant Enterococcus. *Infect Control Hosp Epidemiol* 24(4):242-245, 2003.

19. Ponessa A, Gambande T, Ali L, Fernández de Arroyabe G, Ferrari M, Dlugovitzky D. Enterococos vancomicina resistentes: colonización en pacientes hospitalizados, en Rosario, Argentina. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana* 40(4), 2006.

20. Oliver A, Cantón R. Enterobacterias productoras de beta-lactamasas plasmídicas de espectro extendido. SEIMC.

21. Máttar S, Martínez P, Mercado M. Determinación de B-lactamasas de espectro extendido en

gérmenes nosocomiales del hospital San Jerónimo, Montería. *Colombia Médica* 34:4, 2003.

22. Muzachiodi MI, Ferrero SM. Incidencia de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido. Universidad Nacional del Nordeste. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*; 2015.

23. Safdar N, Maki DG. The commonality of risk factors for nosocomial colonization and infection with antimicrobial-resistant *Staphylococcus aureus*, enterococcus, gram-negative bacilli, *Clostridium difficile*, and *Candida*. *Ann Intern Med* 136(11):834-844, 2002.

24. Papadomichelakis E, Kontopidou F, Antoniadou A, Poulakou G, Koratzanis E, Kopterides P, et al. Screening for resistant gram-negative microorganisms to guide empiric therapy of subsequent infection. *Intensive Care Med* 34(12):2169-2175, 2008.

25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Seguridad del paciente.

### Curriculum Vitae abreviado de la autora

**Marina Bottiglieri.** Doctora en Medicina, Universidad Católica de Córdoba, 2005. Especialista en Microbiología Clínica, CE 5376, Consejo de Médicos de Córdoba; Directora del Laboratorio de Microbiología de la Clínica Reina Fabiola, Universidad Católica de Córdoba; Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Argentina de Microbiología; Miembro de Red Whonet Vigilancia de Resistencia Antimicrobiana, Instituto Malbrán, Argentina, y Thomas O'Brian, Canadá. Profesora Adjunta, Cátedra de Microbiología, Universidad Católica de Córdoba. Miembro de Comité Ejecutivo de la Asociación Argentina de Microbiología de Buenos Aires, Argentina.

## B - Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud

### *Current criteria in studying psychiatric illness*

Irene Kremer

Médica Pediatra, especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil; Profesora de Posgrado; Clínica asistencial Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina

#### Acceda a este artículo en siicsalud

[www.siicsalud.com/dato/experto/137818](http://www.siicsalud.com/dato/experto/137818)

Enviar correspondencia a: Irene Kremer, Universidad Católica de Córdoba, 5004, Córdoba, Argentina



+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de la autora.

#### Resumen

La observación de que los criterios actuales de salud y enfermedad mental se vinculan prioritariamente con la enfermedad mental grave y ya consolidada desconoce el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas relacionadas con la salud. Se propone un diagnóstico dimensional combinado con los diagnósticos categoriales en uso, basado en indicadores positivos de salud mental, más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona. Se evalúan dimensiones intrínsecamente relacionadas con capacidades mentales que tienen potencialidad de desarrollo en el curso de la vida, tales como: jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar; el sentido del humor; regular las propias emociones o estados; integrar lo erótico y lo tierno; tener experiencias de intimidad. Se concluye que la evaluación positiva de la salud mental significa un avance por limitar el impacto de la enfermedad y de los trastornos, evitando la estigmatización; contribuir al desarrollo y cuidado de capacidades ligadas a la salud en cada etapa vital; promover la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad; considerar siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos; tolerar la presencia de síntomas que orientan a la salud, sin forzar categorías patológicas. Estas consideraciones son aplicables a amplios campos del trabajo médico y psicológico, y con ellas se pasa de una visión reduccionista a otra de carácter integrador, y de una visión patográfica a otra que parte de la salud para, desde allí, incursionar en la enfermedad.

**Palabras clave:** salud mental, desarrollo, pluralismo, diagnóstico, psiquiatría, psicoanálisis

#### Abstract

*The observation that current criteria for mental health and illness are associated primarily with severe and consolidated mental pathology overlooks the development, presence and functioning of the psychic abilities related to health.*

*This model proposes a dimensional diagnosis combined with currently used diagnoses and is based on positive mental health indicators, regardless of the various symptoms or disorders that a person may present. It evaluates dimensions that are intrinsically related to mental abilities that have the potential for development in the course of life, such as playing and its transformations into creating, learning, working; having a sense of humor; regulating one's emotions and mental states; integrating the erotic and the tender and having experiences of intimacy.*

*It is concluded that a positive assessment of mental health means a step forward in limiting the impact of disease and disorders. It prevents stigmatization, contributes to the development and care of capabilities related to health in each stage of life, promotes prevention and care in vulnerable situations, considers at all times the inter-subjective matrix in human affairs and tolerates the presence of health-related symptoms without attempting to place them in pathological categories.*

**Keywords:** mental health, development, pluralism, psychoanalysis

#### Introducción

Las nuevas teorías del desarrollo humano se basan en observaciones que parten del bebé y del niño sano, a partir de las cuales se trata de deducir sus probables experiencias subjetivas.<sup>1-8</sup> Investigadores tales como Stern, Fonagy, Target y Dio Bleichman pusieron de manifiesto la apasionante interrelación entre las capacidades heredadas y los aportes del medio en todas sus dimensiones, y dejaron a la vista una enorme complejidad en la que infinitas variables influyen de manera diversa, regulándose mutuamente y sin que se puedan fijar con certeza y de antemano sus resultados. Actualmente, conductas y capacidades se estudian entrelazadas con afectos y vivencias subjetivas. Esta perspectiva integradora promueve el reconocimiento de la emergencia y el desarrollo de las distintas capacidades humanas y su metamorfosis a lo largo de la vida, de un modo holístico y desde la salud.

Este trabajo está en consonancia con propuestas novedosas que buscan desarrollar un nuevo lenguaje para el diagnóstico psicoanalítico,<sup>9,10</sup> operacionalizar constructos psicoanalíticos clínicamente probados<sup>11</sup> y desarrollar

una psiquiatría centrada en la persona con miras a una evaluación más integral del paciente, que incluya los aspectos positivos de la salud basada en una evaluación metodológicamente guiada de la subjetividad y la intersubjetividad.<sup>12</sup> En términos amplios, este enfoque también es coincidente con una nueva tendencia psicológica denominada "psicología positiva", la que busca una comprensión holística de los procesos y comportamientos humanos y considera también los aspectos resilientes y protectores del individuo.<sup>13</sup>

#### Constitución subjetiva temprana

Gran parte de las capacidades mentales en la especie humana están preconstituidas, pero necesitan un entorno humano lo suficientemente saludable para desarrollarse.

Ello deja en claro el valor fundante que tienen las experiencias intersubjetivas para el psiquismo desde el comienzo de la vida extrauterina (o tal vez desde antes) como parte constituyente de un psique-soma indiferenciado que luego dará lugar a procesos mentales más específicos. Es decir, ciertas funciones biológicas como



la alimentación, los estados de vigilia-sueño, la tensión muscular y otros forman parte de intentos de homeostasis muy arcaicos que son corregulados por el niño y sus cuidadores en sus primeros años de vida.<sup>14,15</sup>

Esta concepción lleva implícito un fuerte cambio en los paradigmas que consideraban al niño como un ser aislado de su entorno y protegido por barreras antiestímulos en las primeras etapas de su vida<sup>16,17</sup> para ahora comprender que, si bien el bebé se vuelve más social, ello no es lo mismo que volverse menos autista y que el proceso consiste más bien en un despliegue intrínseco continuo de su naturaleza social.<sup>1</sup>

En 1960, Winnicott<sup>18</sup> ya había aportado conceptos claves sobre la vinculación entre el individuo y su entorno: "Las criaturas humanas no pueden empezar a ser salvo ciertas condiciones... Al mismo tiempo, las condiciones no determinan el potencial de la criatura, sino que ésta lo hereda"... "El potencial heredado incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo".

Al transcurrir estas concepciones, quedó visible la necesidad de una teoría que permita pensar el azar y el acontecimiento, pues ya no resulta creíble adjudicar *a priori* la génesis o la posible solución de las dificultades a una procedencia lineal y predeterminada. Ni la genética, ni la crianza, ni la historia o la estructura familiar en sí mismas predicen la emergencia de fenómenos mentales específicos. Estas afirmaciones también se correlacionan con las ideas de que el *self*, la personalidad, el carácter, los modos de interesarse, de proponer, de resolver, entre otros, están íntimamente contruidos, ligados y tejidos en interacciones complejas con el entorno, "interacciones que son complejas desde su inicio, y no sólo a posteriori".<sup>19</sup> Es por ello que la comprensión de los fenómenos del desarrollo requiere conceptos relacionales y no causas únicas que operen en aislamiento.

Una manera frecuente de designar la coacción de factores es la referencia a la experiencia, concepto difícil de aprehender en las pesquisas diagnósticas. Estudios contemporáneos del desarrollo refieren "la capacidad de tener experiencias" como fenómenos esenciales que configuran la subjetividad y la intersubjetividad saludables. Winnicott (1960) permite integrar conceptos claves al decir que el sostén del bebé "incluye el uso de experiencias inherentes a la existencia, tales como la terminación (y por ende la no terminación) de procesos que, vistos desde fuera, acaso parezcan puramente fisiológicos, pero que corresponden a la psicología de la criatura y tienen lugar dentro de un complejo campo psicológico y que son determinados por la conciencia y la identificación de la madre".

En breve, las actuales teorías del desarrollo realizan observaciones e inferencias desde el bebé y el niño sano, poniendo el foco en la experiencia subjetiva y no solo en las conductas; consideran los fenómenos como complejos, recursivos e influenciados por el azar y se reconoce que la unidad de estudio dejó de ser el niño aislado para convertirse en la relación.

### Diagnósticos psicoanalíticos

El psicoanálisis surgió como método de investigación, teoría y terapia psíquica a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX. Desde que Sigmund Freud conceptualizara sus postulados básicos hasta la actualidad surgieron una diversidad de teorías que hoy coexisten, algunas relacionadas, otras aisladas o fragmentadas entre sí. Muchos de los conceptos iniciales del psicoanálisis están siendo revisados y reconsiderados, incorporando modelos de pensa-

miento más libres y a la vez más rigurosos, con disposición para aprehender e interactuar con diversas fuentes.

### Nuevas tendencias en psicoanálisis. Una visión transformadora

Fonagy y colaboradores,<sup>20</sup> Jiménez,<sup>21</sup> y Zukerfeld<sup>22</sup> realizaron aportes que amplían, enriquecen y depuran conceptos psicoanalíticos valiosos, tendiendo lazos con neurociencias, teorías del apego y teorías de la mente, favoreciendo así la confiabilidad en las investigaciones.

Rodulfo<sup>23-25</sup> es otro autor que propone considerar contribuciones de diferentes ciencias para reformular "lo constitucional", "las experiencias sexuales infantiles" y los factores actuales o "desencadenantes" de la patología mental. También destaca "el valor de la experiencia" como vivencia singular, ya sea que se exprese en el terreno de la sexualidad o en otros ámbitos. Asimismo, incorpora de manera privilegiada la noción de juego, o más bien del jugar, como modalidad primordial e insustituible, con el cual el ser humano desarrolla distintas capacidades.

También Bleichmar<sup>26-28</sup> formula, como alternativa al psicoanálisis tradicional, el enfoque modular-transformacional, guiado por la idea de que la mente está constituida por la articulación de módulos que obedecen a diferentes regulaciones, evolucionan en paralelo asincrónicamente y tienen relaciones complejas que imprimen y sufren transformaciones. Sostiene que dichos sistemas emergen y se organizan en el seno de relaciones interpersonales.

Al considerar la psicopatología subsidiaria de la conceptualización que se tenga sobre el funcionamiento psíquico, la aplicación clínica de estos enfoques la amplía enormemente, ya que cualquier cuadro admite una pluralidad de condiciones causales y de modalidades de mantenimiento.

### Diagnósticos psiquiátricos Sobre la naturaleza de la salud y de la enfermedad mental

Acordamos con Gahemi<sup>29</sup> cuando dice que quizá los diagnósticos psiquiátricos van en una dirección etiquetadora y deshumanizante, porque "el campo de la psiquiatría no puede reconocer la importancia de definir la enfermedad en términos de salud...".

Al revisar las bases conceptuales de la psiquiatría observamos que lo más frecuente es que el clínico busque en la mente del paciente evidencias de enfermedad, más que evidencias de salud. Las consecuencias negativas de esta tendencia son considerables, dado que no se reafirman las áreas que están funcionando bien y, así, la enfermedad parece enorme; además, el paciente tiende a ser considerado la enfermedad más que quien la padece, razón por la que el diagnóstico y la clasificación en psiquiatría es, a menudo, de naturaleza estigmatizante.

Búsquedas bibliográficas permitieron comprobar cuán esporádico o nulo es encontrar acuerdos sobre indicadores positivos de salud mental, más allá de la definición de la Organización Mundial de la Salud como un mítico "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". Por ello, desde esta nueva perspectiva, resulta necesario avanzar para lograr componentes evaluativos, no solo para la enfermedad, sino también, y en forma relevante, para la salud mental en psiquiatría.

Nuevas tendencias, en consonancia con desarrollos filosóficos actuales, entienden que los fenómenos mentales no son reducibles a su base material, pero que el hecho

de ser diferentes de la fisiología del cerebro, no deriva en que sean necesariamente inefables y no demostrables. Hay un reconocimiento progresivo de que la vida mental, aunque dependiente del cerebro, tiene sus propias leyes y que estos diferentes niveles interactúan unos con otros configurando sistemas complejos que son vistos como un todo más que analizados como sus partes funcionando separadamente.

En coincidencia con los conceptos precedentes en psiquiatría, dos enfoques comienzan a ser considerados más fructíferos. Uno de ellos, el enfoque pluralista, propuesto por Karl Jaspers<sup>30</sup> hace más de cien años, es puesto en valor nuevamente, reconociendo que son necesarios múltiples métodos independientes para la comprensión y el tratamiento de la enfermedad mental y que, aunque ningún método único es suficiente, cada uno tiene su especificidad e indicaciones precisas, difiriendo de esta manera del eclecticismo.

El otro enfoque, la aproximación integracionista, enfatiza en las interconexiones entre la mente y el cerebro y busca su comprensión como un todo, apoyados en los descubrimientos de la neuroplasticidad derivados de los trabajos de Eric Kandel.<sup>31</sup> Estos estudios transformaron las creencias de las neuronas como entidades estáticas y que no podían regenerarse al reconocer que la fuerza y la efectividad de las conexiones neuronales no están totalmente determinadas por la biología y pueden ser alteradas por la experiencia. Estos son hallazgos con grandes repercusiones para la psiquiatría, ya que de ellos se deriva que una influencia ambiental –de muy variada índole– puede alterar o modificar el funcionamiento del cerebro, oponiéndose así a la unidireccionalidad de influencia desde el cerebro a la mente como se asumía con anterioridad.

Gahemi<sup>32</sup> diferencia entre dos tipos básicos de diagnósticos: el proceso de enfermedad y el cuadro clínico. Para validar científicamente un cuadro clínico se deben establecer los síntomas, el curso, la genética, los marcadores biológicos (determinación de neurotransmisores y marcadores bioquímicos de alta especificidad, la valoración genética y los estudios de neuroimágenes, entre otros), así como los efectos terapéuticos; sin embargo, el proceso de enfermedad exige conocer la fisiopatología, la etiología biológica o ambas. Con esto último se ha logrado éxito en pocos cuadros, como la esquizofrenia, la enfermedad maniaco-depresiva, el trastorno obsesivo compulsivo y ciertos tipos de autismo; por lo tanto, y siguiendo este criterio, solo estas pueden ser denominadas enfermedades psiquiátricas, y aunque muchos cuadros clínicos sean científicamente válidos, no representan aún un proceso de enfermedad.

Todos estos avances y cambios de perspectivas obligan a revisar qué diagnósticos psiquiátricos existen, cómo clasificarlos y por qué.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por su sigla en inglés), referente principal de los sistemas diagnósticos contemporáneos, genera controvertidos debates, ya que a pesar de su relativa confiabilidad –acuerdo en cómo definir y reconocer un síndrome–, presenta al menos dos problemas sin resolver: la validez y la singularidad del paciente individual. Ello refiere a la cuestión de la precisión *versus* la relevancia, encrucijada de difícil resolución en psiquiatría debido a la dificultad de probar las hipótesis relacionadas con estados subjetivos. Los DSM parecen simplemente excluir dichos estados subjetivos y las hipótesis que las involu-

cran, negándoles cualquier validez científica y, al optar solo por descripciones objetivas y precisas, relegando lo importante de la experiencia subjetiva, tienden a originar una “psiquiatría sin sentido”.

### **Nuevas propuestas diagnósticas *Combinar dimensiones con categorías, trabajar con estadios clínicos y admitir una zona gris***

La aparición del DSM-5 reactivó viejos debates, permitiendo la emergencia de conceptos novedosos. El trabajo de McGorry y Van Os,<sup>33</sup> de reciente publicación, resulta de una especial significación, ya que da cuenta de un profundo malestar en la psiquiatría con las clasificaciones diagnósticas actuales. Allí se las considera poco útiles para ayudar a ligar el diagnóstico con la fisiopatología o los marcadores biológicos subyacentes, de escasa confiabilidad, con tendencia a estigmatizar y con fallos para definir claramente las etapas iniciales de los trastornos mentales incipientes, obstaculizando la psiquiatría preventiva y la capacidad para realizar diagnósticos tempranos. Además, estos inconvenientes se potencian con el rápido incremento de nuevas categorías escasamente validadas junto a la conservación de categorías diagnósticas pasadas.

Coincidimos con estos autores al considerar que la experiencia humana implica cambios periódicos y a veces intensos e imprevisibles en los sentimientos y los rasgos sobresalientes en respuesta al medio social, y que en ocasiones ello se expresa como microfenotipos subclínicos, que fluctúan, interactúan secuencialmente o confluyen, pueden madurar o estabilizarse hacia macrofenotipos puros o híbridos.

McGorry y Van Os comprenden este proceso como indudablemente fluido y multidimensional, y sugieren como constructo funcional la noción de síndrome. Ello implica que diversos síntomas coinciden de manera previsible, pero se afectan mutuamente con el tiempo e implica que varias dimensiones de la psicopatología surgen secuencialmente y al mismo tiempo de manera interactiva y dinámica, con flujo y reflujo.

Esta aproximación –no extensible sobre diagnósticos específicos– propone una actitud diferente a la habitual en salud mental, actitud imprescindible para una buena praxis: tolerar la imprecisión sin forzar diagnósticos no validados. McGorry y Van Os lo expresan de la siguiente manera: “Queda claro que la definición precisa del límite entre lo que se considera normal y el trastorno mental que necesita atención es difícil. Pero, ¿cuán crucial y factible es la creación de esta definición tan precisa? ¿Sería aceptable una zona gris con entrada (y salida) suave y flexible como rasgos clave de una nueva cultura de la atención primaria?”.

Dichos autores proponen como alternativa a las rígidas clasificaciones del DSM combinar categorías con dimensiones, trabajar con estadios clínicos basados en la persistencia y gravedad de los síntomas y admitir una zona gris.

Acordamos con ellos y, además, sugerimos incluir la valoración dimensional de la salud en sus aspectos positivos para alcanzar los siguientes beneficios: no sobredimensionar lo patológico ni invisibilizar lo saludable; admitir la indefinición propia de etapas iniciales o pródromos de muchos trastornos psiquiátricos importantes en los que no se logran todavía diagnósticos definidos; admitir la presencia de una “zona gris con entrada (y salida) suave y flexible, entre la salud y la enfermedad, sin forzar precisiones ni diagnósticos no validados”, y finalmente, re-

conocer que respuestas normales ante situaciones extremas, podrían recibir los cuidados necesarios, sin requerir diagnósticos psicopatológicos específicos.

### **Coincidencias entre las nuevas teorías y tendencias en desarrollo, psicoanálisis y psiquiatría**

Las nuevas tendencias intentan despegarse de las formas clásicas de psicopatología representadas en los trastornos psiquiátricos más importantes, como la esquizofrenia, la depresión mayor y el trastorno bipolar, derivados de los entornos de la atención terciaria de fines del siglo XIX y principios del XX. Consideran asimismo la gran extensión de manifestaciones subdiagnosticadas e inespecíficas de trastornos de salud mental en la población general, a las que no corresponde aún un diagnóstico preciso.

Además, enfatizan que ciertos síntomas son expresión de crisis vitales o existenciales y que no deberían ser incluidos en categorías psicopatológicas, sino incorporadas como manifestaciones saludables que implican displacer, dolor psíquico, intranquilidad o incertidumbre.

Por lo antes especificado, proponemos considerar algunas capacidades orientadoras de salud mental desde su variante positiva, para ser tenidas en cuenta como dimensiones, y ser consideradas, en ciertas ocasiones, como alternativa, y en otras, como mejoramiento de los diagnósticos categoriales.

### **Especificación global de las capacidades. Dimensiones vinculadas con la salud**

Trabajar con capacidades implica hacerlo con rasgos positivos y propios de lo habitual y cotidiano, sin elegir fenómenos excepcionales ni aquellos que están afectados por perturbaciones graves.

Asimismo, se trata de modos de funcionamiento potenciales en la especie, pero que deben adquirirse, ya que no está garantizado su desarrollo ni pueden considerarse como algo natural.

El despliegue de las capacidades está estrechamente vinculado con el desarrollo de relaciones intersubjetivas con los cuidadores primarios, quienes aportan contenidos y estilos predominantes; sin embargo, cada sujeto elabora con ello modos propios de funcionamiento, que solo en parte responden al legado parental.

Cada una de las capacidades propuestas tiene su propia especificidad, pero todas se hallan estrechamente vinculadas en su génesis e interaccionan de manera dinámica a lo largo de la vida, lo que implica un proceso indudablemente fluido, dimensional e interactivo.

Al mismo tiempo, su emergencia y funcionamiento saludable siempre tiene algo de precario, ya que pueden ser inhibidas, desactivadas o perturbadas de distintas maneras y por diferentes motivos.

### **Dimensiones específicas vinculadas con la salud**

#### **Jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar**

- Capacidad para estar a solas.
- Capacidad para estar con otros.
- Capacidad para desarrollar una secuencia.
- Capacidad para ligar el mundo interior con el exterior.
- Capacidad para nutrirse de los elementos informes de la personalidad.

El juego se manifiesta como universal y corresponde, primordialmente, a la salud. Es posible describir una con-

tinuidad en el desarrollo del jugar y seguir sus diferentes modalidades expresivas durante toda la vida.

La capacidad de jugar posibilita la emergencia y tramitación de sensaciones, percepciones, emociones, fantasías, deseos y vivencias de todo tipo. El jugar es evidencia de subjetividad.

El jugar esta vinculado con la capacidad para estar a solas, asumiendo la paradoja de que hay alguien confiable que no interfiere con la experiencia propia. También se vincula con la capacidad para estar con otros, jugar juntos en una relación y disfrutar de las experiencias culturales, incluida el trabajar.

Jugar se vincula con la capacidad para desarrollar secuencias en un proceso mental, ya que se parte de una motivación que genera un cierto movimiento y que, a su vez, lleva su propio proceso de saturación, correspondiente a la capacidad para contener experiencias.

Al jugar se abre la posibilidad de incluir lo informe, es decir los elementos de la personalidad no integrada, aspectos que se tornan rígidos e inaccesibles en algunas afecciones, a veces poco sintomáticos o "mudos".

Al jugar se establecen lazos entre el mundo interior y el exterior, sin obligarse a reconocer su diferencia todo el tiempo. El juego es intrínsecamente excitante y frágil debido a la precariedad de la acción recíproca en la mente entre lo que es subjetivo y lo que se percibe de manera objetiva.

Al jugar se generan condiciones propicias para tramitar lo traumático.

La capacidad de jugar tiene consecuencias para la psicoterapia en la cual se da la superposición de las zonas de juego del paciente y del terapeuta, de modo que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente, de un estado en que no puede jugar a uno en que le sea posible hacerlo.<sup>34</sup>

#### **El sentido del humor**

- Capacidad para vincular pensamientos de manera novedosa y divertida.
- Capacidad de transformar emociones penosas generando placer y alivio.
- Capacidad de tomar una posición activa ante las circunstancias de la vida.
- Capacidad de conectarse y entonar con los estados mentales propios y de otros.
- Capacidad para tolerar el dolor mental y sostener/resolver un conflicto.

El sentido del humor comparte diversos modos de funcionamiento mental con el juego pero, además, tiene características específicas que no todo juego posee. Implica la capacidad psíquica de expresar de una manera distinta de la convencional las ideas más diversas. Es una manera particular de identificar y tratar lo incongruente y lo absurdo, de incluir lo novedoso, el nivel de sorpresa y la ambigüedad estableciendo una colaboración entre diferentes modos de funcionamiento mental. Supone una paradoja, al reconocer y desconocer al mismo tiempo una cuestión, protegiéndola de este modo de la crítica de la razón sin ignorarla totalmente como en la locura. Implica una posición activa del sujeto y, por ello, es una capacidad vinculada con la libertad en diferentes sentidos, sensación subjetiva vinculada a la salud.

Comprende la capacidad de conexión intersubjetiva, de reconocimiento del estado mental del otro en comparación con el propio. Esta conexión intersubjetiva promueve la capacidad de transformar estados mentales angustiosos y de dolor mental aliviando el sufrimiento y gene-

rando placer en los sujetos implicados. De este modo, el sentido del humor no es resignado, sino rebelde. Cumple importantes funciones como modo de comunicación, las que varían según el estilo predominante en cada persona.

El sentido del humor es un concepto multidimensional, que abarca distintos sistemas corporales –neurólogo, inmunitario, endocrino, cardiorrespiratorio–, mentales –cognitivos y emocionales– y sociales: afrontamiento de la adversidad, sentimientos de libertad y dominio, resolución de situaciones conflictivas de forma indirecta e incremento de la red de apoyo social.

### **La regulación afectiva y la función reflexiva**

- Reconocimiento, comprensión y regulación de las experiencias afectivas propias.
- Sostener un conflicto y no anularlo inmediatamente.
- Tolerancia al dolor mental.
- Ser propositivo y no solo responsivo. Sentido de “agencia propia”.
- Experimentar acontecimientos nuevos.

La capacidad para identificar y usar parte de un afecto, impidiendo que se vuelva intenso y nos abrume, se consigue con el desarrollo; no es una cualidad automática y algunas personas no adquieren nunca esta capacidad.

La regulación afectiva está directamente relacionada con la capacidad de mentalizar o desarrollar una función reflexiva, consistente en imaginar y entender estados mentales en uno mismo y en otros, e implica habilidad para interpretar la conducta propia y ajena, a partir de los estados mentales subyacentes.

Implica un componente autorreflexivo que proporciona capacidad de distinguir –sin oponer– la realidad interna de la externa, las formas de actuación simuladas de las reales, y los procesos mentales y emocionales internos de las comunicaciones interpersonales.

Involucra el proceso de elaborar estados mentales de acuerdo con el sentido de agencia, genera sensaciones de autonomía, ser agente de las propias acciones y tiende al sentido de responsabilidad. El desarrollo de esta función requiere que el estado afectivo del niño le sea reflejado de forma precisa y sensible por el cuidador.

El apego seguro se vincula con los orígenes de esta función reflexiva y predispone a procesos sociales involucrados en el desarrollo de habilidades reflexivas y de comprensión social.<sup>35</sup>

La regulación afectiva vista desde esta perspectiva intersubjetiva va desde la coregulación a la autorregulación. La regulación afectiva es necesaria para tolerar las frustraciones y el dolor mental y para manejar los conflictos en busca de alternativas satisfactorias. Se trata de una función vulnerable, que debe ser restablecida en distintas circunstancias. La regulación afectiva integra funciones cognitivas.

### **Capacidad de ligar lo erótico y lo tierno Subjetivar la sexualidad**

La sexualidad humana saludable se desarrolla en el contexto de una “influencia recíproca” con numerosas funciones biológicas y mentales. Esta mutua influencia actúa en simultaneidad y desde el principio de la vida.

El juego es una corriente poderosa que, como motivación independiente, se mixtura con la sexualidad permitiendo que esta se humanice, socializándose sin perder su carácter placentero.

El desarrollo de la sexualidad dentro de un marco intersubjetivo –con predominio de una corriente sensual y

tierna en los primeros años de vida– da paso al erotismo en la vida adulta.<sup>36</sup>

Para el desarrollo de esta capacidad, la madre o cuidador debe cumplir con diferentes funciones alternativas tales como satisfacer las necesidades, ser alguien diferente y generar un ambiente para ser.<sup>37</sup>

En el erotismo se pone el acento en el reconocimiento de la alteridad y no en la primacía de la genitalidad, de la heterosexualidad o la procreación.

### **Capacidad para tener experiencias de intimidad**

Capacidad supradimensional, en confluencia con otras antes enunciadas; implica que el sujeto tiene la vivencia de que él y el otro se hallan en un mismo espacio emocional y mental.<sup>38</sup>

Se trata del sentimiento de unión en el seno de una diferencia percibida, unión que produce tanto más placer porque no anula la diferencia.

La capacidad para experimentar este sentimiento se gesta durante el desarrollo si el niño, inmerso en un baño de afectos, fue mirado por los adultos que le atribuyeron significados y valencia emocional a sus experiencias.

El adulto, en distinto modo y medida, continúa requiriendo el contacto mental para convalidar su propio estado mental y ser confirmado en el sentimiento de que existe, en la validez de sus percepciones y pensamientos.

La incapacidad de generar espacios de intimidad puede ocasionar sentimientos de soledad, desesperanza y dolor mental intensos. El sentimiento de intimidad puede adquirirse de maneras muy diversas.

La variedad, alternancia y plasticidad entre las diferentes modalidades de lograr la intimidad para cada sujeto, incidirán en su sensación de bienestar, plenitud y confianza en sí mismo y en los otros para generar y sostener vínculos interpersonales.

Las vivencias de intimidad están sufriendo una metamorfosis profunda por cambios culturales que modifican las fronteras entre lo privado y lo público.

Parece estar surgiendo una nueva modalidad en la que un supuesto uno monádico deja su lugar a un yo con límites menos precisos. Las ventajas y los inconvenientes en esta tendencia aún no han sido esclarecidos.<sup>39</sup>

La capacidad de tener experiencias de intimidad y la calidad de estas, forman parte ineludible de todo trabajo psicoterapéutico y es necesario considerarlas ampliamente en dicha relación.

### **Estimación de las contribuciones aportadas en el diagnóstico dimensional de las capacidades vinculadas a la salud**

Se admiten interpretaciones no lineales o paradójicas al poner de manifiesto que la salud no es sinónimo de ausencia de síntomas o de comodidad y que la enfermedad puede presentarse con una fachada de normalidad o asintomática. Pueden ser ubicadas en su formato particular en todas las etapas vitales. Permiten investigar su génesis, desarrollo y disponibilidad en el momento presente, siempre ancladas en la intersubjetividad. Facilita la tolerancia a lo ambiguo y lo impreciso sin forzar definiciones cuando no las hay. Reconoce cuadros clínicos categoriales, pero que aun así necesitaron ser singularizados.

### **Conclusiones preliminares**

Los criterios actuales de salud y enfermedad mental se vinculan prioritariamente con la enfermedad mental

grave y ya consolidada, y desconocen el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas vinculadas a la salud.

Se propone considerar indicadores positivos de salud mental más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona. Dichos indicadores están intrínsecamente relacionados con capacidades mentales que tienen la potencialidad de ser desarrolladas en el curso de la vida.

La incorporación de la evaluación positiva de la salud mental significa un avance por:

- Limitar el impacto de la enfermedad y de los trastornos evitando la estigmatización.

- Tolerar la presencia de síntomas que orientan a la salud sin forzar categorías patológicas.

- Contribuir al desarrollo y cuidado de capacidades ligadas a la salud en cada etapa vital.

- Promover la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad.

- Considerar siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019  
www.siicsalud.com

*La autora no manifiesta conflictos de interés.*

#### Lista de abreviaturas y siglas

DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.

#### Cómo citar este artículo

Kremer I. Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud. *Medicina para y por Residentes* 7(1):13-20, Ago 2019.

#### How to cite this article

Kremer I. Current criteria in studying psychiatric illness. *Medicina para y por Residentes* 7(1):13-20, Ago 2019.

#### Autoevaluación del artículo

Gran parte de las capacidades mentales en la especie humana están preconstituidas, pero necesitan un entorno humano lo suficientemente saludable para desarrollarse.

#### ¿Cuáles son los principales indicadores de la salud mental?

A, Capacidad de trabajo; B, Calidad de las relaciones sexuales; C, Adaptación social; D, Ausencia de indicadores de trastornos mentales; E, Capacidad de juego, sentido del humor, intimidad y regulación emocional.

Verifique su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137818](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/137818)

#### Conexiones temáticas

Los informes de *Medicina para y por Residentes* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



#### Comentarios

Por una visión integral de la salud mental

##### Guillermo Nicolás Jemar

Médico especialista en neuropsiquiatría y neurología cognitiva; Hospital Psicoasistencial Dr. José Borda, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

En la actualidad, trabajar interpretando el posicionamiento vital del sujeto, en donde transcurren los signos y síntomas de las entidades nosológicas que valoramos en nuestra práctica cotidiana, resulta tan complejo como necesario. Los avances actuales, la integración de los conocimientos, las escuelas, las técnicas de abordaje y las comprobaciones empíricas hacen que las visiones tradicionales resulten totalmente incompletas. No podemos concebir, de esta manera, otra forma de abordaje que no sea la interdisciplinaria, y por qué no, la transdisciplina.

En ese artículo se expone claramente la visión antes mencionada, posicionando conceptos que vienen a

cuestionar los ya obsoletos paradigmas de la salud mental tradicional: el diagnóstico dimensional, las capacidades mentales (que no solo se refieren a las funciones cerebrales superiores, sino también a la construcción de los sentimientos para regular emociones mediante el juego o la actividad interpersonal, la intimidad y el desarrollo de la empatía), y a detección de condiciones de vulnerabilidad inherentes al sujeto, son concepciones necesarias a la hora de valorar el estado de salud integral.

El valor del cuidado para la no estigmatización resulta imprescindible a la hora de interactuar con el paciente para lograr una mejora en su calidad de vida; nuestra sociedad actual (individualista, competitiva y, por lo tanto, con tendencia a la marginación) carece de valores necesarios para la inclusión de personas que no posean determinado posicionamiento en un lugar y en un tiempo determinados, con lo cual se transforma



en un medio *per se* hostil y estresante, por lo que se transforma en un factor crucial a modificar para lograr el objetivo.

De esta manera, este artículo aporta una idea trascendental acerca de que no basta con detectar y agrupar signos y síntomas; la valoración del posicionamiento del sujeto, en cuanto a su estado actual, su visión del mundo, sus valores preventivos físicos y sentimentales, en cómo desarrolla su cognición social para adaptarse, su capacidad de resiliencia, su acervo vivencial y su medio ambiente, son herramientas de valoración que solo se logran con visiones integrativas interdisciplinarias y transdisciplinarias, de manera activa para ensayar propuestas terapéuticas.

### Andrés Zubrzycki

Médico Especialista en Psiquiatría y Medicina Legal; Jefe de Servicio del Hospital Braulio Moyano, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

La Dra. Irene Kremer realiza la revisión "Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud" a partir de una búsqueda bibliográfica exhaustiva. El objetivo del trabajo concluye con una propuesta de un diagnóstico dimensional combinado con los diagnósticos categoriales en uso. Realiza esto sobre la base de indicadores positivos de salud mental, más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona.

La autora comienza con una introducción en la cual desarrolla los cambios en la concepción de la constitución de la subjetividad temprana, centrados actualmente en la capacidad de tener experiencias. Se estudia al niño mediante la observación desde la salud y en relación, en contraste con el énfasis en la conducta y la observación del sujeto en un entorno aislado. Continúa con una síntesis de las nuevas tendencias en psicoanálisis, las cuales incorporan otros modelos de pensamiento, relacionándolas con diversas fuentes teóricas que complementan y amplían el conocimiento. Luego de esto, se centra en los diagnósticos

psiquiátricos, presentando cambios y avances de perspectivas, principalmente teniendo como base los enfoques pluralistas jasperianos y los integracionistas según los aportes de Kandel. Suma también los conceptos de Ghaemi en relación con la diferencia del diagnóstico del proceso de enfermedad y del cuadro clínico.

Con todo lo expuesto, la autora coincide con los investigadores que realzan la necesidad de proponer modificaciones y alternativas en los sistemas diagnósticos psiquiátricos categoriales actuales. Como ejemplo, se refieren al DSM-5 como estático, estigmatizante y obstaculizador de la psiquiatría preventiva ya que, en contrapartida, la tendencia actual es a conceptualizar la experiencia humana como pasible de generar cambios en los sentimientos y rasgos sobresalientes en respuesta al entorno. Se resalta la necesidad de considerar que ciertos síntomas son expresión de crisis vitales o existenciales y que no deberían ser incluidos en categorías psicopatológicas. Entonces, surge la necesidad de combinar categorías con dimensiones, trabajar con estadios clínicos y admitir una "zona gris".

Por lo expuesto, la autora propone algunas capacidades orientadoras de salud mental desde su variante positiva, para ser tenidas en cuenta como dimensiones, y ser consideradas, en ciertas ocasiones, como alternativa, y en otras, como mejoramiento de los diagnósticos categoriales.

Se concluye que la incorporación de la evaluación positiva de la salud mental significa un avance evitando la estigmatización, tolerando la presencia de síntomas que orientan a la salud sin forzar categorías patológicas, promoviendo la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad y considerando siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos. Los manuales diagnósticos actuales en psiquiatría generan controversias y críticas constantes de la comunidad científica actual.

Propuestas como la de este trabajo deberían considerarse y profundizarse para que puedan incluirse en los debates que busquen alternativas que modifiquen y mejoren lo actualmente establecido.

### Bibliografía

1. Stern D. El mundo interpersonal del infante. Buenos Aires: Paidós; 1991.
2. Stern D. El nacimiento de una madre. Buenos Aires: Paidós; 1999.
3. Stern D. The present moment in psychotherapy and everyday life. W.W. Norton & Company Inc, Nueva York; 2005.
4. Stern D. Forms of vitality. Oxford: Oxford University Press; 2010.
5. Fonagy P. Genetics developmental psychopathology and psychoanalytic theory: The case for ending our (not so) splendid isolation. *Psychoanal Inq* 23(2):218-247, 2003.
6. Fonagy P, Target M. Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis (1998). En: Aron L, Harris A (eds.). *Relational psychoanalysis: Innovation and expansion*. Nueva Jersey: Analytic Press; 2005. Pp. 253-278.
7. Fonagy P, Target M. The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *J Am Psychoanal Ass* 55(2):411-456, 2007.
8. Dio Bleichmar E. Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos. Buenos Aires: Paidós; 2005.
9. Shedler J. A new language for psychoanalytic diagnosis. *J Am Psychoanal Ass* 50:429-456, 2002.
10. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 65(2):98-109, 2010.
11. Cierpka M, Stasch M, Reiner W. El sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Rev Chil Neuro Psiquiatr* 44(2):105-125, 2006.
12. Fuchs T. Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 43:268-274, 2010.
13. Cuadra H, Florenzano R. El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* XII(1):83-96, 2003.
14. Lebovici S. El lactante, su madre y el psicoanalista. Buenos Aires: Amorrortu; 1983.
15. Feldman R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *J Child Psychol Psychiatry* 48:329-354, 2007.
16. Freud S. Introducción al narcisismo. En: *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu; 1996.
17. Mahler M. Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación. México: Joaquín Mortiz; 1972.
18. Winnicott D. La teoría de la relación paterno-filial. En Winnicott D. (Ed.) *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona: Editorial Laia; 1960. Pp. 49-68.
19. Horstein L. Inter-subjetividad y clínica. Buenos Aires: Paidós; 2003.
20. Fonagy P, Bermejo P, Gergely G, Jurist EL. Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Nueva York: Other Press; 2002.
21. Jiménez J. Tras el pluralismo. Hacia un nuevo paradigma psicoanalítico integrado. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 25, 2007. Disponible en: [www.aperturas.org/articulos.php?id=432&a=Tras-el-pluralismo-Hacia-un-nuevo-paradigma-psicoanalitico-integrado](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=432&a=Tras-el-pluralismo-Hacia-un-nuevo-paradigma-psicoanalitico-integrado). Consultado 10 enero 2011.
22. Zuckefeld R, Zonis Zuckefeld R. Sobre la cultura psicoanalítica: alegato por un pluralismo riguroso. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2011. Disponible en: [www.aperturas.org/articulos.php?id=0000701&a=Sobre-la-cultura-psicoanalitica-alegato-por-un-pluralismo-riguroso](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000701&a=Sobre-la-cultura-psicoanalitica-alegato-por-un-pluralismo-riguroso). Consultado 10 enero 2011.
23. Rodulfo R. De vuelta por Winnicott. En: *El psicoanálisis de nuevo*. Buenos Aires: Eudeba; 2004. Pp. 275-288.
24. Rodulfo R. Dar por terminado. En: *Futuro porvenir. Ensayos sobre la actitud psicoanalítica en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Noveduc; 2008. Pp. 37-52.
25. Rodulfo R. Trabajos de la lectura. *Lectura de la violencia*. Buenos Aires: Paidós; 2009. Pp. 275-288.
26. Bleichmar H. El cambio terapéutico a la luz de los conocimientos actuales sobre la memoria y los múltiples procesamientos inconscientes. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2001. Disponible en: [www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes/](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000178&a=El-cambio-terapeutico-a-la-luz-de-los-conocimientos-actuales-sobre-la-memoria-y-los-multiples-procesamientos-inconscientes/). Consultada 11 junio 2011.
27. Bleichmar H. Making conscious the unconscious in order to modify unconscious processing: Some mechanisms of therapeutic change. *Int J Psychoanal* 85:1379-1400, 2004.
28. Bleichmar H. Avances en psicoterapia psicoanalítica. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 1999. Disponible en: [www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional/](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000052&a=Fundamentos-y-aplicaciones-del-enfoque-modular-transformacional/) ISSN 1699-

4825. Consultada 21 junio 2011.
29. Ghaemi S. ¿Qué es lo que los clínicos piensan y por qué? En: *Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2008. Pp. 33-53.
30. Jaspers K. Ed. *General psychopathology* (2 vol.). Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1997.
31. Kandel E. Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 156:505-524, 1999.
32. Ghaemi S. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 12(3):210-212, 2013.
33. McGorry P, Van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. *The Lancet* 381:343-345, 2013.
34. Winnicott D. El juego: actividad creadora y búsqueda de la persona En: Winnicott D. *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa; 1971. Pp. 79-83.
35. Slade A. Representation, symbolization, and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and child: Attachment theory and child psychotherapy. *Psychoanal Inq* 19(5):797-830, 1999.
36. Dio Bleichmar E. El sistema motivacional de la sensualidad y la sexualidad. En: *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Paidós; 2005. Pp. 33-53.
37. Winnicott D. El concepto de individuo sano En: Winnicott D. *El hogar, nuestro punto de partida*. Barcelona: Paidós; 1967. Pp. 25-41.
38. Bleichmar H. Del apego al deseo de intimidad: las angustias del desencuentro. *Revista Internacional Aperturas Psicoanalíticas* 2, 1999. Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=74&a=Del-apego-al-deseo-de-intimidad-las-angustias-del-desencuentro/>. Consultada 3 junio 2011.
39. Sibilia P. *La intimidad como espectáculo*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires; 2008.

---

### *Curriculum Vitae* abreviado de la autora

---

**Irene Kremer.** Médica Peditra, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina. Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil, temas de investigación: desarrollo, psiquiatría, psicoanálisis. Profesora de posgrado, Clínica asistencial, Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina.

## C - Estatinas en altas dosis y regresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada

### *High-dose statin therapy and subclinical atherosclerosis regression in patients who suffer from familial combined hyperlipidemia*

*“El tratamiento con atorvastatina a altas dosis es eficaz para la regresión de la placa de ateroma en tan solo 12 meses en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada. Esta reducción se vuelve estable si se continúa el tratamiento durante dos años.”*

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

**Sergio Martínez-Hervas**

Médico adjunto, Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad de Valencia, Valencia, España

Acceda a este artículo en siicsalud

[www.siicsalud.com/dato/ensic.php/129102](http://www.siicsalud.com/dato/ensic.php/129102)



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del entrevistado.

Valencia, España

**SIIC: La hiperlipidemia familiar combinada (HFC) es una afección de elevada prevalencia en la población general. ¿Cuál es la relación entre esta enfermedad y el riesgo cardiovascular (CV)?**

SMH: La HFC es una enfermedad muy frecuente, con una prevalencia estimada del 1% al 3% en la población general, y hasta el 20% en pacientes con cardiopatía isquémica precoz. De hecho, fue descrita hace relativamente poco tiempo (década de 1970), precisamente en pacientes jóvenes con cardiopatía isquémica. Existe una clara asociación entre esta enfermedad y el riesgo de manifestar enfermedad CV. Esto no es de extrañar debido a la fisiopatología de la enfermedad, que induce en estos individuos un fenotipo lipoproteico altamente aterogénico, junto con resistencia a la insulina.

**Si bien se dispone de escalas para la clasificación de pacientes en categorías de riesgo vascular, se reconocen inconvenientes para su uso. ¿Qué limitaciones se describen para estas escalas?**

La enfermedad CV es la principal causa de mortalidad en los países desarrollados. Por ello, es necesaria una adecuada valoración del riesgo CV. En este sentido, es cierto que las escalas de riesgo CV permiten clasificar a los individuos en distintos grupos de riesgo, y así decidir un tratamiento. Sin embargo, tienen importantes limitaciones. Por un lado, no son útiles para todas las poblaciones. Una tabla de riesgo es especialmente útil para aquella población en la que se ha validado. Por otro lado, algunas tablas no miden riesgo, sino mortalidad CV. Además, las estimaciones suelen ser a corto plazo, por lo que en individuos jóvenes el riesgo podría subestimarse. Por ello,

necesitaremos otras herramientas que permitan una adecuada valoración del riesgo CV de los individuos.

**¿Cuáles de esas escalas han sido validadas en la población iberoamericana?**

Diversos estudios han evaluado la utilidad de diferentes tablas de riesgo CV, fundamentalmente las tablas de riesgo de Framingham. Al igual que ocurre en la población española, esas tablas deberían adecuarse a la población en estudio.

**A partir de la necesidad de estratificar el riesgo para definir terapias más intensivas, se dispone de métodos no invasivos de evaluación. ¿Cuál es el papel de la medición del grosor de la íntima-media (GIM) en este proceso?**

Dado que las estimaciones de riesgo tienen importantes limitaciones, y hasta en un porcentaje no desdeñable de pacientes con infarto de miocardio o muerte súbita estos son la forma de presentación clínica de la aterosclerosis que hasta ese momento había permanecido silente, sería útil disponer de otros medios para poder evaluar con mayor exactitud el riesgo CV. Es decir, métodos diagnósticos que indiquen cómo están realmente las arterias de un individuo. La acción preventiva se basará en el diagnóstico de la lesión arterial preclínica mediante técnicas de imagen. En este sentido, la valoración ecográfica del GIM carotídeo se emplea actualmente como un índice medible de la presencia de aterosclerosis. Este método no invasivo ha surgido en un intento de redefinir la estratificación del riesgo y la necesidad de tratamientos mucho más intensivos, ya que incrementos en el GIM de la arteria carótida o la presencia de placas de ateroma se han asociado de forma directa con un incremento en la incidencia de enfermedad CV.

**La atorvastatina es un potente hipolipemiente que puede corregir las alteraciones de los lípidos en individuos con HFC. ¿Qué pacientes se benefician en mayor medida con este tratamiento?**

La atorvastatina es un fármaco potente capaz de corregir las alteraciones lipídicas y metabólicas presentes en

los sujetos con HFC. Los pacientes que más se benefician son aquellos con elevado riesgo CV, dado que dosis altas permiten alcanzar los objetivos de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc), incluso partiendo de cifras elevadas.

***¿Podría, por favor, resumir la metodología del estudio?***

Se estudiaron de forma consecutiva 100 pacientes (48 mujeres y 52 varones) mayores de 18 años, con diagnóstico de HFC, procedentes de nuestra Unidad de Lípidos, todos ellos en prevención primaria y no diabéticos. Se determinaron parámetros clínicos y bioquímicos, y se realizó ecografía carotídea. A aquellos que presentaron placas de ateroma se les propuso iniciar tratamiento con 80 mg de atorvastatina de forma diaria durante un período de 2 años. Durante el seguimiento se realizó una nueva ecografía carotídea al año y a los dos años de iniciado dicho tratamiento para determinar el grosor de la placa de ateroma, así como un control analítico del perfil lipídico.

***¿Cuáles han sido los resultados de la evaluación inicial del GIM en el grupo de estudio?***

Un porcentaje considerable de pacientes, 29%, presentaba placa de ateroma, 18 de forma unilateral y 11 de forma bilateral, con un total de 40 placas. De estas, 32 se localizaron en el bulbo carotídeo, 7 en el centímetro proximal al bulbo carotídeo de la arteria carótida común y 1 en la arteria carótida interna. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas entre los sujetos con placa de ateroma y sin esta en cualquiera de los parámetros que permitieran predecir qué pacientes con HFC serían susceptibles de presentar aterosclerosis subclínica.

***La terapia con atorvastatina se asoció con modificaciones en la magnitud del GIM. ¿Podría describir esos cambios?***

De los 29 sujetos que presentaron placa de ateroma, 20 decidieron iniciar el tratamiento con 80 mg diarios de atorvastatina. Finalmente, 16 pacientes completaron los dos años de seguimiento. Observamos que al año de tratamiento, y tras alcanzar cifras de LDLc < 100 mg/dl de forma sostenida (niveles plasmáticos de LDLc aproximadamente un 30% menores en comparación con las concentraciones previas al tratamiento), se reduce el grosor de la placa de ateroma un 10%, efecto que se mantiene a los 2 años.

***En la cohorte de estudio, ¿se informaron efectos adversos relevantes asociados con el tratamiento?***

En general, las estatinas son fármacos seguros y bien tolerados. En los individuos que iniciaron dosis altas de atorvastatina no se planteó ningún tipo de efecto secundario significativo durante los dos años de seguimiento.

***¿Considera que la regresión observada del GIM mediante la terapia con altas dosis de atorvastatina podría asociarse con modificaciones favorables en el pronóstico CV?***

Estudios prospectivos han demostrado que el incremento del GIM se asocia con un aumento del riesgo de

cardiopatía isquémica e ictus, y que el descenso del GIM mediante estatinas se vincula con una reducción de los episodios CV. Por tanto, la regresión del grosor de la placa de ateroma, e incluso la falta de progresión del GIM en sujetos con elevado riesgo CV como son los sujetos con HFC, tiene importantes repercusiones clínicas, dado que un tratamiento hipolipemiante intensivo podría contribuir a la reducción del riesgo de complicaciones CV.

***De acuerdo con los resultados obtenidos, ¿en qué grupo de sujetos recomendaría el tratamiento intensivo con atorvastatina?***

En general, el tratamiento intensivo con estatinas o un tratamiento hipolipemiante combinado estarían indicados en todos aquellos individuos con elevado riesgo CV en los que se desea conseguir un objetivo de LDLc menor de 100 mg/dl (o menor de 70 mg/dl). En nuestro caso concreto, podría tener mayor utilidad en aquellos en los que se detecten anomalías vasculares precoces que preceden a la aterosclerosis clínica, para así tratar de evitar la aparición de enfermedad CV, ya que esos pacientes deberían ser considerados de muy alto riesgo CV.

***En función de su experiencia, ¿se dispone de otros trabajos similares efectuados en la población española o latinoamericana?***

Sí, existen datos en la población española con hipercolesterolemia familiar, donde el tratamiento intensivo hipolipemiante se asoció con ausencia de progresión del GIM carotídeo.

***A modo de conclusión, ¿cuáles son las principales repercusiones para la práctica clínica cotidiana?***

Nuestros resultados demuestran la importancia de realizar una ecografía carotídea a pacientes con elevado riesgo CV, como son los sujetos con HFC. Al tratarse de una exploración sensible, reproducible y no invasiva, sería recomendable realizarla ya que, en un porcentaje considerable de dichos individuos, incluso en prevención primaria, se demostró la presencia de aterosclerosis subclínica; sin embargo, no existe una recomendación clara de a quién realizar esta exploración. Además, el tratamiento con atorvastatina a altas dosis es un tratamiento eficaz para la regresión de la placa de ateroma en tan solo 12 meses en este tipo de pacientes, reducción que se vuelve estable si se continúa el tratamiento durante 2 años. Como ya he comentado, estudios prospectivos han demostrado que el incremento del GIM se asocia con un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica e ictus, mientras que el descenso del GIM se vincula con una reducción de los episodios CV. Por tanto, la regresión del grosor de la placa de ateroma tiene importantes repercusiones clínicas, dado que un tratamiento hipolipemiante intensivo podría contribuir a la reducción del riesgo de complicaciones CV. Nuestros datos sugieren la conveniencia de tratar a pacientes de elevado riesgo CV con dosis altas de atorvastatina. No obstante, son necesarios estudios prospectivos en los que se valore si una reducción de las cifras de LDLc, asociada con una reducción del grosor de la placa de ateroma o del GIM, se vincula con un descenso de la incidencia de enfermedad CV.

## Lista de abreviaturas y siglas

HFC, hiperlipidemia familiar combinada; CV, cardiovascular; GIM, grosor de la íntima-media; LDLc, colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad.

## Cómo citar este artículo

Martínez-Hervas S. Estatinas en altas dosis y regresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada. *Medicina para y por Residentes* 7(1):21-4, Ago 2019.

## How to cite this article

Martínez-Hervas S. High-dose statin therapy and subclinical atherosclerosis regression in patients who suffer from familial combined hyperlipidemia. *Medicina para y por Residentes* 7(1):21-4, Ago 2019.

## Autoevaluación del artículo

La hiperlipidemia familiar combinada es una enfermedad muy frecuente, con una prevalencia estimada del 1% al 3% en la población general, y hasta del 20%, en pacientes con cardiopatía isquémica temprana.

¿Cuál de estos biomarcadores puede ser un parámetro útil para definir la presencia de aterosclerosis subclínica, en especial en sujetos con hiperlipidemia familiar combinada?

A, El electrocardiograma intracoronario; B, El espesor miointimal carotídeo; C, La medición de las placas de ateroma en las ilíacas mediante resonancia magnética; D, La determinación de 1,5-anhidroglucitol plasmático; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129102](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/129102)

## Conexiones temáticas

Los informes de *Medicina para y por Residentes* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



## Comentario

## Estratificación del riesgo cardiovascular

## Martín Ibarrola

Médico Cardiólogo, Director del Centro Cardiovascular BV, Bella Vista, Argentina

El Dr. Martínez-Hervas responde a las preguntas acerca del estudio de investigación titulado "Estatinas en Altas Dosis y Regresión de la Aterosclerosis Subclínica en Pacientes con Hiperlipidemia Familiar Combinada" publicado en *Journal de Medicina Clínica* 138(1):1-6, 2012.

La hiperlipidemia familiar combinada (HFC), en numerosos estudios es causa de enfermedad coronaria precoz, y la valoración ecográfica del grosor de la íntima-media carotídea (GIMC) aporta la evidencia de enfermedad aterosclerótica precoz para estratificar el riesgo cardiovascular. La presencia de placas de ateroma carotídea pone de manifiesto a los pacientes con mayor riesgo en prevención primaria, como refiere en sus respuestas en Dr. Martínez-Hervas. La valoración del GIMC es útil para el estudio inicial de estratificación de riesgo cardiovascular y seguimiento de la respuesta al tratamiento con estatinas, otros fármacos y medidas generales utilizadas para reducir los eventos cardiovasculares.

En el estudio con atorvastatina en altas dosis (80 mg/día), muestra a esta como un fármaco eficaz para la reducción de las placas de ateroma carotídeas.

Numerosos estudios con altas dosis de otras estatinas también demuestran una reducción del GIMC y de las placas de ateroma en poblaciones similares. Por ello, no puede pensarse en una estatina más eficaz que otras en la prevención cardiovascular, sino de un efecto de clase de estos medicamentos.

De acuerdo con el diseño del estudio, 100 pacientes cumplían con los criterios de inclusión, a los cuales se les realizó un estudio ecocardiográfico carotídeo. En 29 pacientes se hallaron placas carotídeas y, de este grupo, solo 20 aceptaron participar para recibir 80 mg de atorvastatina diarios por un período de 2 años. En el seguimiento se realizó una nueva valoración de las

placas carotídeas a los 12 y 24 meses. Solo 16 pacientes completaron el seguimiento a 2 años. El estudio brinda información de la alta prevalencia de ateromatosis subclínica (29%) en pacientes que presentan HFC.

El grupo estudiado es de alto riesgo cardiovascular en prevención primaria, dado que la edad promedio de los pacientes analizados fue de 50 años. Hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con o sin placas carotídeas, dado que la edad de los sujetos sin placas de ateroma era, en promedio, de 46.9 años, frente al grupo con placas de ateroma con una edad promedio de 58.1 años ( $p < 0.001$ ).

Esto se verificó a pesar de que el grupo con placas de ateroma presentaba menores valores de colesterol total que el grupo sin placas de ateromas. En la tabla del artículo original se encuentra mal colocados los valores comparativos de presión arterial sistólica y diastólica entre ambos grupos, lo que hace imposible valorar este parámetro. Refiere en el grupo sin placas de ateroma menor tasa de hipertensión arterial, dado el error de los valores en la presión arterial, dato fundamental para poder valorar estadísticamente la presión arterial entre ambas poblaciones, ya que es reconocida la relación entre los valores de presión arterial y la presencia de ateromatosis subclínica.

Ambos grupos presentaban un GIMC sin diferencias estadísticamente significativas. El grupo con placas de ateroma tenía mayor perímetro de cintura, valores de glucosa más elevados y niveles de apolipoproteína B mayores. Se reconoce una tendencia, en los pacientes con trastornos metabólicos más importantes, a presentar mayor riesgo cardiovascular; no obstante, en la muestra no manifiestan una diferencia estadísticamente significativa, probablemente por el reducido número de pacientes estudiados.

En el artículo refiere que todos los participantes padecían HFC, con valores promedio de colesterol de 247 mg/dl y se encontraban en prevención primaria; sin embargo, solo el 29% en promedio recibía estatinas. El autor solo refleja la realidad de los profesionales



involucrados en la prevención cardiovascular y el bajo número de pacientes con alto riesgo cardiovascular que no reciben tratamiento preventivo adecuado. En sus recomendaciones, la *Food and Drug Administration* (FDA) alerta acerca del uso de altas dosis de estatinas y el control glucémico. En este sentido, el estudio JUPITER, un ensayo sobre el uso de rosuvastatina en prevención primaria, demostró un incremento del 27% de diabetes mellitus en pacientes tratados con este fármaco, en comparación con placebo. Asimismo, el estudio PROVE-IT TIMI 22 sobre trombólisis en infarto de miocardio reveló que dosis altas de atorvastatina pueden empeorar el control glucémico. No obstante, los beneficios cardiovasculares de las estatinas superan a estos nuevos riesgos. Publicaciones recientes alertan también acerca del uso de altas dosis de estatinas y trastornos cognitivos. Estudios prospectivos deben valorar estas variables asociadas y su relación con los eventos cardiovasculares, para poder estimar la relación costo-beneficio de la utilización de altas dosis de estatinas por tiempo prolongado, y no solo por períodos cortos, de 6, 12 o 24 meses.

En el diseño de los estudios con atorvastatina y otras estatinas no se plantea como objetivo primario el valor de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) a alcanzar. Por el contrario, son ensayos prospectivos que utilizan una dosis fija alta de estatinas, por ejemplo 80 mg de atorvastatina diarios,

que alcanzan una reducción del LDLc a valores de 70 mg/dl. Es importante realizar medicina basada en la evidencia; no es el valor de LDLc a alcanzar el objetivo terapéutico, sino la dosis de estatinas utilizada para reducir la tasa de eventos cardiovasculares referidos por estos estudios. Es comprensible que el autor, al momento de realizar la entrevista, plantee objetivos de LDLc, ya que las guías de prevención cardiovascular y tratamiento hipolipemiente fijaban como objetivo terapéutico los valores de LDLc. El estudio referido confirma el valor del estudio ecocardiográfico carotídeo con la valoración del GIMC y la detección de ateromatosis subclínica. Plantea la necesidad de investigaciones prospectivas en prevención primaria de eventos cardiovasculares con altas dosis de estatinas por períodos prolongados. La regresión de las placas carotídeas con altas dosis de estatinas, durante el lapso analizado de solo 2 años, no permite inferir que a largo plazo resultara en una reducción de la tasa de eventos cardiovasculares, dado que no hay estudios prospectivos acerca de esto. Desconocemos cuál es la dosis a largo plazo que presenta mejor relación costo-beneficio en la reducción de eventos cardiovasculares en prevención primaria, en paciente de alto riesgo cardiovascular, al momento actual. La valoración del GIMC es primordial, más allá de la dosis utilizada, así como la concientización de los profesionales involucrados en la prevención cardiovascular.

## D - Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela

### *Sex education and teenage pregnancy in Táchira, Venezuela*

**Marisela Vivas-García**

Docente, Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia

**María Antonia Cuberos**

Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia

**Rina Mazuera-Arias**

Universidad Católica del Táchira, San Cristóbal, Venezuela

**Neida Albornoz-Arias**

Docente, Universidad Simón Bolívar, Cúcuta, Colombia

Acceda a este artículo en siicsalud

[www.siicsalud.com/acise\\_viaje/ensicias.php?id=158982](http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensicias.php?id=158982)



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.

Ante los elevados porcentajes de embarazo adolescente en América Latina, en general, y en Venezuela, en particular, la mirada está puesta en la educación sexual como centro neurálgico de la problemática en cuestión. La incidencia diferencial de la edad del inicio de las relaciones sexuales y del primer embarazo son revelaciones complejas que van más allá de lo estrictamente demográfico y que se relacionan con las condiciones de ejercicio de la libertad de la mujer, por ende, con la educación sexual recibida en la escuela y en la familia.<sup>1</sup>

La educación sexual es un tema controvertido a nivel mundial por su propia naturaleza, representa un gran desafío para las instituciones educativas, pues debe implementarse de manera integral, como un eje transversal, mediante el desarrollo de contenidos vinculados con el ejercicio responsable de la sexualidad, los derechos y la salud reproductiva, la equidad de género, la prevención de la violencia y la infecciones de transmisión sexual, con base en un marco de derechos humanos.<sup>2</sup>

El estado Táchira, contexto de este estudio, tiene una tasa promedio de fecundidad adolescente de 96.8, una edad promedio de inicio de actividad sexual de entre 14 y 15 años (15.32%), y un primer embarazo entre los 15 y 16 años (5.11%), lo cual indica que los niños deben adquirir las competencias relacionadas con la educación sexual, antes de cumplir los 13 años. El 21.28% manifiesta no haber recibido educación sexual en la escuela, o que la recibió de manera inadecuada (22.98%).

Estos porcentajes se reflejan en las tasas de embarazo adolescente, lo cual revela la necesidad de que las insti-

tuciones educativas se ocupen de la educación sexual de manera integral, incorporando a los contenidos programáticos las diversas dimensiones implícitas en la sexualidad, la subjetividad (valores, emociones, actitudes, sentimientos, habilidades y destrezas), el cuidado de la salud y de los derechos (a la vida, la libertad de elección, morales y culturales y a la información).<sup>3</sup>

En Venezuela, el Currículo Nacional Bolivariano (CNB) (currículo en proceso desde 2007),<sup>4</sup> determina que es responsabilidad del Estado y de sus entes activos (maestros y docentes), la formación de un ser humano integral, social, solidario y con una sexualidad responsable. El artículo 50 de la ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente<sup>5</sup> establece la obligatoriedad de la educación sexual al enfatizar que los niños y adolescentes deben ser informados, de acuerdo con su desarrollo, sobre salud sexual y reproductiva para una conducta sexual, sana, voluntaria y sin riesgos.

No obstante, la educación sexual está incluida solo en los programas de educación media general, con contenidos relacionados con los órganos reproductores, los

caracteres sexuales primarios y secundarios, los métodos anti-conceptivos y la fecundación.<sup>4,6</sup> Los docentes ven una gran responsabilidad en la orientación sexual y consideran que la obligación es de los padres.<sup>7</sup> En el CNB no se proponen estrategias pedagógicas/metodológicas a los docentes para el desarrollo de los contenidos, razón por la cual algunos docentes terminan enseñando la educación sexual desde sus propios paradigmas o esquemas mentales, corriendo el riesgo de que identifiquen la sexualidad como sinónimo de sexo y de genitalidad, adolescencia-sexualidad-riesgos-peligros, y de que la educación sexual incita a las relaciones sexuales precoces.<sup>3,8,9</sup>

La tasa de embarazo adolescente en Venezuela durante el período 2006 a 2015 fue, por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años, de 95.34 sobre el promedio de la tasa en América Latina y el Caribe, que es de 64.<sup>10</sup> En madres menores de 15 años, el número de nacimientos vivos registrados fue 7452, y entre las



de 15 y 19 años es 136 039;<sup>11</sup> para 2013 se informó un 22.84% de embarazos adolescentes, lo que indica que se incrementaron.<sup>12</sup>

Mediante un enfoque cuantitativo y un diseño de campo transversal, se aplicó una encuesta estructurada a 235 adolescentes, residentes en el estado Táchira, Venezuela, con edades entre 17 y 20 años, con una desviación estándar de 1.56 (coeficiente de variación [CV] = 9.05%), mínimo de 11 y máximo de 19 años. Respecto de la edad del primer embarazo, los valores oscilaron desde 12 hasta 19, con 16.16 años de media y variabilidad de 1.61 (CV = 9.93%). Las jóvenes analizadas han tenido en promedio 1.14 partos, con una desviación típica de 0.44 (CV = 38.51%) y cifras mínimas y máximas de 1 y 4, respectivamente.

Se comprueba una alta relación positiva entre la edad de la primera relación sexual y el nivel educativo de las adolescentes, dado que el valor del estadístico de contraste *chi* cuadrado es de 14.632 ( $p = 0.006$ ) y la medida de asociación gamma de 0.525 ( $p = 0.003$ ) así lo determinan. El 86.81% alcanzó el nivel de secundaria ( $n = 204$ ), y de primaria el 5.11% ( $n = 12$ ). Se enfatiza que un 62.55% no utilizó preservativo en la primera relación sexual, probablemente por el desconocimiento de su uso, lo que conlleva a embarazos no deseados.

El nivel educativo de las adolescentes<sup>1</sup> reduce el inicio de la actividad sexual y el primer embarazo; así, antes de los 20 años, 6/10 adolescentes que no asistieron a la escuela han tenido ya su primer hijo, mientras que las que alcanzaron por lo menos el nivel de primaria la proporción se reduce a 1/10.

La educación sexual en la escuela no es considerada de calidad cuando la información que reciben los niños y adolescentes está fundamentada en enfoques reduccionistas acerca de la sexualidad humana como: el moralista, que transmite formas de comportamiento, costumbres

sociales, reglas y juicios de valor, y en el que el obstáculo está en el irrespeto a los derechos individuales de los adolescentes;<sup>6</sup> el biológico o funcional, fundamentado en la anatomía y fisiología del cuerpo, el proceso de fecundación, embarazo y parto;<sup>13,14</sup> y el preventivo o patologista, que alerta sobre los riesgos y consecuencias negativas del ejercicio de la sexualidad, pero el énfasis está solo en las consecuencias de la conducta y no en el desarrollo de competencias para la autonomía.<sup>15,16</sup>

El desarrollo de los programas de educación sexual que utilizan como método exclusivo de enseñanza la abstinencia, niega el derecho de los adolescentes a disponer de información precisa para poder tomar decisiones informadas y responsables;<sup>15,17</sup> este tipo de programas limitativos promueven formas discriminatorias, pues se basan en la heteronormatividad,<sup>15</sup> negando intencionalmente a una gran población con diversidad sexual. En este sentido, los programas de educación sexual son incipientes.

Las causas que conducen al embarazo adolescente en Venezuela, en términos generales, están relacionadas con una deficiente educación sexual, con los contenidos de los programas (obsoletos) a desarrollar a nivel de educación media general, que no cubren las expectativas ni las necesidades de información que requieren los adolescentes de la sociedad globalizada en la que viven. En el Subsistema de Educación Primaria Bolivariana no se contempla la educación sexual en ninguna de sus áreas. Se necesita la actualización del personal docente, la implementación de buenas estrategias metodológicas y la adecuación de los programas que provean a los adolescentes de herramientas para actuar de forma positiva y autónoma frente a los derechos sobre sexualidad y reproducción, así como en el uso efectivo de métodos anticonceptivos para prevenir, tanto el embarazo como las infecciones de transmisión sexual.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019  
www.siicisalud.com

*Las autoras no manifiestan conflictos de interés*

#### Cómo citar este artículo

Vivas-García M, Cuberos MA, Mazuera-Arias R, Albornoz-Arias N. Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela. *Medicina para y por Residentes* 7(1):25-7, Ago 2019.

#### How to cite this article

Vivas-García M, Cuberos MA, Mazuera-Arias R, Albornoz-Arias N. Sex education and teenage pregnancy in Táchira, Venezuela. *Medicina para y por Residentes* 7(1):25-7, Ago 2019.

#### Conexiones temáticas

Los informes de *Medicina para y por Residentes* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



## Comentarios

### Educación sexual integral

#### Blanca Rosa Gil Arias

Pediatra y Puericultora egresada del Hospital Dr. Leopoldo Manrique Terrero; Especialista en Medicina de Familia, egresada del IVSS. Especialista en Administración de Hospitales, UCV. Subdirectora del Hospital Materno Infantil de El Valle, Caracas, Venezuela

La adolescencia es una etapa fundamental en el desarrollo del ser humano, tanto para el crecimiento físico como emocional del individuo. Por esta razón, resulta necesario brindar herramientas que contribuyan a su desarrollo, con el fin de que este pueda construir y concluir todos los procesos que conllevan a la evolución de su identidad y a la conclusión de múltiples cambios que se dirigen al desarrollo del adulto, en los que la sexualidad es un pilar fundamental para su proyecto de vida en un futuro. El conocimiento de su cuerpo, el control de la impulsividad propia de esta etapa y el erotismo permiten a los adolescentes desarrollarse en su ámbito de pares plenamente, sin consecuencias negativas para un futuro.

Actualmente, el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y el Fondo de Poblaciones Unidas (UNFPA), UNICEF, están dotando a la red de salud pública de métodos anticonceptivos (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos), a los fines de controlar la natalidad, el embarazo precoz y, por ende, disminuir la mortalidad materna adolescente, lo cual es una buena política de salud. Sin embargo, la incidencia de infecciones de transmisión sexual no disminuirá con estos métodos. La edad de inicio de las relaciones sexuales, en algunos casos, es muy precoz, alrededor de los 9 años de vida, lo que no es lo usual, y es la familia, como pilar fundamental de la sociedad, la que debe inculcar principios a sus hijos y orientarlos en la creación y el perfeccionamiento de su proyecto de vida, para que desarrolle así todo su potencial como persona, desde todos los puntos de vista, aunado a una educación sexual adecuada. Es conocido que la mortalidad entre las madres adolescentes es 3 a 4 veces mayor que en otras mujeres en edad fértil, debido a condiciones propias de la adolescencia.

El concepto de sexualidad hace referencia al modo de sentir esta condición de hombre o mujer, es una vivencia subjetiva. Mi manera peculiar de ser hombre o mujer, en la medida en que vivo rodeado de otros hombres y otras mujeres y cómo me siento orientado hacia los hombres o las mujeres que me rodean. De la misma manera

que todos somos personas, pero tenemos distinta personalidad. Todos pertenecemos a un sexo, pero tenemos diferente y única sexualidad.

El término erótica hace referencia a la expresión gestual y conductual de la sexualidad. Es un término central para las relaciones, las atracciones, los placeres y los deseos.

La educación sexual integral permite a los jóvenes tomar decisiones fundamentadas sobre su sexualidad y su salud. Estos programas preparan para la vida y mejoran la conducta responsable y, puesto que se basan en los principios de derechos humanos, ayudan a fomentar los derechos humanos, la igualdad de género y el empoderamiento de los jóvenes.

#### Priscilla Margaret Ríos Novoa

Médica, especialista en Medicina del Trabajo. Consultorio profesional, Lima, Perú

En el artículo se presentan datos concretos que hacen referencia al embarazo adolescente, mencionando que la educación sexual se plantea de manera integral como un eje transversal, mediante el desarrollo de contenidos vinculados sobre sexualidad responsable. Sin embargo, la educación en escuelas del estado Táchira no explica de manera profunda el curso de educación sexual, debido a que algunos maestros manifiestan que los responsables acerca de la educación sexual son los padres, ya que ellos deberían explicar de manera amena los temas de sexualidad con sus hijos, con lo que los estudiantes comprenderán mejor este tema.

Cabe mencionar que la tasa de embarazo en el período 2006-2015, de 95.34, fue incrementando a lo largo de los años, debido a que no contaban con una correcta educación sexual; por ende, se producían los primeros embarazos y el inicio temprano de las relaciones sexuales. De esta forma, cuando el nivel educativo de los adolescentes explicó de manera adecuada la educación sexual, la actividad sexual y el primer embarazo, estos factores se redujeron de manera considerable.

También se menciona que la educación sexual en la escuela no es considerada de calidad cuando la información está fundamentada en enfoques reduccionistas acerca de la sexualidad humana; es decir, cuando un docente enseña de manera moralista y ética los temas de sexualidad, no significa que los jóvenes no practiquen la actividad sexual.

#### Bibliografía

- Welti C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Pepeles de Población* 11(45):143-176, 2005.
- Constitución de la Ciudad de Buenos Aires. Art. 39.
- Peralta J. Los múltiples escenarios de la sexualidad humana. Salud, sexualidad y VIH/SIDA. Actualización para el debate con los docentes, GCBA, Secretaría de Educación/Secretaría de Salud, Buenos Aires, UNICEF, 2005.
- Currículo Nacional Bolivariano. Diseño Curricular del Sistema Educativo Bolivariano, Caracas, Venezuela; 2007.
- Ley Orgánica para la Protección del Niño y del Adolescente (LOPNA). Publicada en Gaceta Oficial N° 39.362 (extraordinario) de fecha febrero 5-2010.
- Pacheco Sánchez CI. Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 9 de diciembre de 2015. Disponible en: [revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/15141](http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/15141). Consultado 10 de abril de 2018.
- UNFPA. Educación de la sexualidad y salud sexual y reproductiva. Guía para docentes. 2010 [Internet]. Disponible en: <http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Educacion%20SSR%20Guia%20Docentes.pdf>. Consultado 10 de abril de 2018.
- Herrera J, Cairo LA. Apropiación de derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *Ventana Rev Estud Género* 4(30):148-180, 2009.

- Ríos García AL. Public policies reach in the sexual and reproductive health area directed to the adolescents in Colombia. *Rev Salud Uninorte* 24(2):351-358, 2008.
- UNFPA. Estado de la Población Mundial, 2017. La salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad [Internet]. Disponible en: [www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA\\_PUB\\_2017\\_ES\\_SWOP\\_Estado\\_de\\_la\\_Poblacion\\_Mundial.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2017_ES_SWOP_Estado_de_la_Poblacion_Mundial.pdf). Consultado 10 de abril 2018.
- INE. Instituto Nacional de Estadísticas. EV - Cuadro de Estadística de Nacimiento. 2012. [Internet]. Disponible en: [www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/EstadisticasVitales/html/NatGEMadSitConMad.html](http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/EstadisticasVitales/html/NatGEMadSitConMad.html). Consultado 10 de abril de 2018.
- Instituto Nacional de la Mujer. Plan Nacional para la Protección de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de las Mujeres 2014-2019. (s.f) [Internet]. Disponible en: [www.minmujer.gov.ve/publicos/archivos/publicaciones/1-Plan-Nacional-para-la-Proteccion-de-los-derechos-Sexuales-y-Reproductivos-2015.pdf](http://www.minmujer.gov.ve/publicos/archivos/publicaciones/1-Plan-Nacional-para-la-Proteccion-de-los-derechos-Sexuales-y-Reproductivos-2015.pdf). Consultado 10 de abril de 2018.
- León GL, Bolaños GB, Granados JC, Rodríguez FM. Percepción de una muestra de educandos y docentes sobre la implementación del programa educación para la afectividad y la sexualidad integral. *Rev Electrónica Educ* 17(2):145-165, 2013.
- Navarro Y, Torrico E, López M. Revisión histórica de la educación sexual escolar. *Revista Sexología y*

Sociedad 15(41), 2010. Disponible en: [www.cenesexualidad.sld.cu/](http://www.cenesexualidad.sld.cu/).

- Sebastiani Á. Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias. (OREALC/UNESCO/Santiago) (2014). Disponible en: <http://disde.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/4458/Educaci%C3%B3n%20integral%20de%20la%20sexualidad%20conceptos,%20enfocoques%20y%20competencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado 10 de enero 2018.
- Shutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas [Internet]. OPS; 2003. Disponible en: [www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category\\_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493).
- Albornoz-Arias N, Peinado C, Carreño-Paredes MT. La adolescencia, embarazo y maternidad adolescente, un análisis desde la decisión individual en el Departamento Norte de Santander. En: *Maternidad adolescente en el Norte de Santander* [Internet]. Primera edición. Maracaibo, Venezuela: Ediciones del Vicerrectorado Académico, Universidad del Zulia; 2017. Disponible en: [www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf](http://www1.serbi.luz.edu.ve/pdf/9789804022166.pdf).

## E - Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo

### *Large T-cell lymphoma in an HIV patient: a case study*

**Gandikota Raghurama Rao**

M.D., Profesor, Director, Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra, GSL Medical College, Rajhamundry, India

**N. Ram Koteswara Rao**

M.D., Profesor, Director, Departamento de Patología, GSL Medical College, Rajhamundry, India

**P. Ravi Mohan**

M.D., D.M., Profesor Asociado, Departamento de Medicina, Andhra Medical College, Visakhapatnam, India

**Y. Hari Kishan Kumar**

M.D., Profesor Asociado, RajaRajeswari Medical College & Hospital, Bangalore, India

**Amareswar Asapu**

DDVL, F.H.M., Dermatólogo Consultor, Surya Skin Care and Research Center, Visakhapatnam, India

Acceda a este artículo en siicsalud

[www.siicsalud.com/dato/casiic.php/145899](http://www.siicsalud.com/dato/casiic.php/145899)



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.

#### ■ Introducción

Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan alto riesgo de infecciones oportunistas y neoplasias malignas. Antes de la era de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), las neoplasias malignas eran responsables del 10% de las muertes relacionadas con el VIH. Con la TARGA, las infecciones disminuyeron drásticamente, pero los pacientes con VIH aún tienen 1.5 a 2 veces más riesgo de cáncer.<sup>1</sup> Aunque el linfoma no Hodgkin de células B es la neoplasia encontrada con mayor frecuencia, los pacientes con infección por VIH también se ven afectados por enfermedades malignas de las células T.

El linfoma de células T grandes (CD30+ o CD30-) o linfoma anaplásico de células grandes (LACG), que es el segundo tipo más frecuente de neoplasia maligna originada en las células T, también ha sido informado en pacientes con infección por VIH.<sup>2</sup> Se presenta habitualmente como variante cutánea o sistémica primaria. Aunque ambas variantes son idénticas morfológicamente, difieren en sus características clínicas y tratamiento. Hasta la fecha, la presencia de linfomas de células grandes CD30+ en individuos VIH positivos se limita a unos pocos informes de casos y pequeñas series de pacientes.<sup>3-6</sup>

#### ■ Caso clínico

Se presentó un hombre de 30 años, VIH positivo, con una formación de crecimiento exofítico en la axila izquierda, con múltiples lesiones satélites nodulares sobre el lado izquierdo del tórax, de tres meses de evolución. El paciente presentaba fiebre con tos y expectoración, además de diarrea crónica de dos meses de evolución; también, había notado pérdida de peso. La enfermedad por VIH se había detectado un año atrás y no estaba

bajo tratamiento con TARGA. En el examen físico se encontró una gran masa exofítica de 10 x 6 cm en la axila izquierda. La masa, de aspecto fungoide, era blanda, friable, sangrante al contacto y no se fijaba a estructuras subyacentes. Por debajo del crecimiento exofítico había múltiples lesiones satélites y unos pocos nódulos sobre el esternón (Figura 1a y 1b); asimismo, toda la piel del área pectoral izquierda estaba eritematosa e indurada. Los ganglios linfáticos cervicales, axilares e inguinales del lado izquierdo estaban aumentados de tamaño; también se comprobó una leve hepatoesplenomegalia. Se observó restricción de los movimientos torácicos en el lado izquierdo, con presencia de crepitantes bilaterales. El sistema nervioso y el aparato cardiovascular eran normales al examen físico.

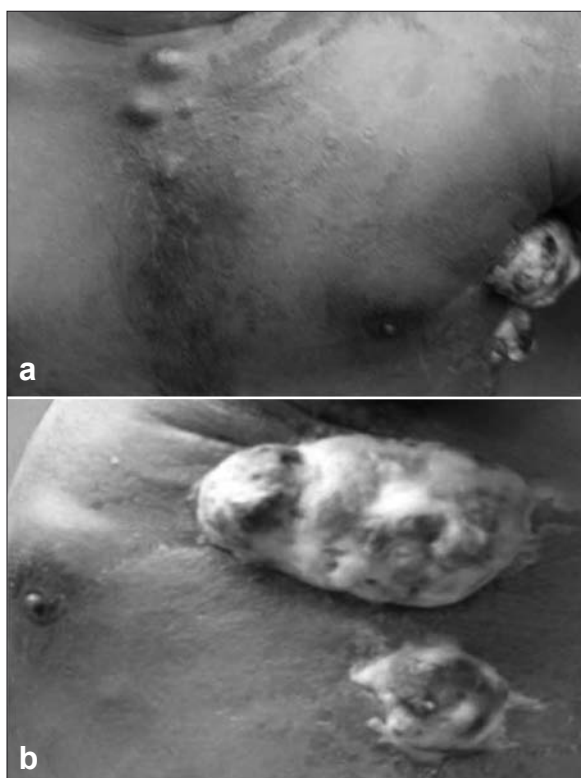
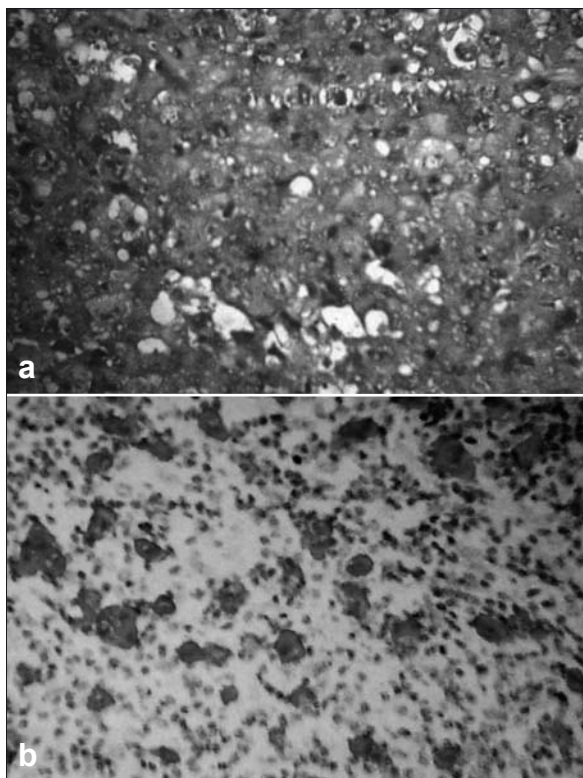


Figura 1 a y b. Masa exofítica con lesiones asociadas.



Como diagnósticos diferenciales se consideraron tuberculosis cutánea, micosis profunda y linfoma. Se llevó a cabo una evaluación exhaustiva del paciente. Presentaba un recuento de CD4+ de 274 células/ $\mu$ l, con una cifra de ARN de VIH por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de 160 000 copias. Los valores de los análisis hematológicos y bioquímicos estaban dentro de los límites normales, con excepción de la hemoglobina (10.4 g/dl) y la lactato deshidrogenasa (LDH: 940 U/l).

Las muestras y los cultivos de la masa fungoide fueron negativos para bacterias y hongos; asimismo, la tinción para bacilos ácido-alcohol resistente de las muestras fue negativa para *M. tuberculosis*. Se tomaron biopsias de la masa exofítica y también de los nódulos, las cuales revelaron que la masa tumoral estaba compuesta por células grandes con núcleos vesiculares y nucléolos prominentes, dispuestas aisladamente y en forma de láminas, sin un patrón de diferenciación específico; algunas células eran binucleadas y otras multinucleadas. En la periferia se observaron infiltrados de linfocitos pequeños. La piel de la superficie estaba parcialmente ulcerada y cubierta por material necrótico. El estudio inmunohistoquímico reveló células CD30+ (Ki-1) y CD45- (Figura 2a y 2b). La citología del material obtenido por punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de los ganglios linfáticos cervicales informó linfocitos atípicos; la punción de médula ósea no reveló células anormales.



**Figura 2 a y b.** Inmunohistoquímica. Tinciones para CD30 y CD45.

Los estudios de tomografía computarizada (TC) y radiografías del tórax fueron normales, y la ecografía abdominal reveló hepatoesplenomegalia leve. Sobre la base de estos hallazgos se estableció el diagnóstico de linfoma cutáneo primario de células grandes CD30+. Se inició el tratamiento simultáneamente con TARGA (tenofovir más

lamivudina más efavirenz) y esquema CHOP (ciclofosfamida, hidroxidaunorrubicina, vincristina y prednisona). Luego de seis ciclos, el tumor había remitido completamente sin dejar rastros (Figura 3).



**Figura 3.** Remisión posterior al tratamiento.

El paciente toleró el tratamiento sin manifestar reacciones adversas. No hubo recurrencias durante el período de seguimiento de un año, pero posteriormente no se presentó para continuar el seguimiento.

#### ■ Discusión

Los pacientes con infección por VIH presentan mayor riesgo de neoplasias malignas durante el curso de la enfermedad. El linfoma no Hodgkin de células B se ha convertido en una de las enfermedades marcadoras de sida más frecuentes. Aunque los linfomas de células T continúan siendo raros entre los pacientes con VIH, se presentan con mayor frecuencia que en las personas inmunocompetentes.<sup>3</sup> El linfoma de células grandes CD30+ puede aparecer como enfermedad de tipo visceral o cutáneo. El linfoma cutáneo de células grandes CD30+ en la enfermedad por VIH se origina predominantemente en las células T, en contraste con las variantes de células B que se presentan en otras localizaciones.<sup>1</sup>

El linfoma de células T grandes también se ha denominado como linfoma anaplásico de células grandes en la clasificación REAL, pero en la clasificación EORTC se abandonó el término "anaplásico" debido a que estos tumores no siempre muestran células anaplásicas en la histología.<sup>7,8</sup> Estos linfomas son de dos clases, CD30+ o CD30-. La diferenciación entre estas dos variantes es importante para comprender la evolución natural del linfoma. Los linfomas cutáneos primarios de células grandes CD30+ son neoplasias de evolución relativamente indolente, con una supervivencia estimada a cinco años de hasta el 90%, mientras que las variantes CD30-, por lo demás indistinguibles de las CD30+, son neoplasias agresivas con una supervivencia a cinco años del 15%.<sup>2,7</sup>

Los linfomas de células T grandes CD30+ positivas pueden ser la forma más común de linfomas cutáneos primarios de células T (LCCT) que no son micosis fungoide. Los linfomas cutáneos primarios de células grandes suelen presentarse como un nódulo solitario o localizado, frecuentemente ulcerado, con localización habitual en la extremidad o el tronco de una persona adulta. Hasta el 25% de estos pacientes puede experimentar regresión

completa o espontánea. Se observan con mayor frecuencia en adultos, mientras que los linfomas sistémicos CD30+ se presentan tanto en los niños como en los adultos. El diagnóstico se efectúa por medio de biopsia de piel y tinciones inmunohistoquímicas.<sup>2</sup>

Las características histológicas del linfoma cutáneo de células grandes CD30+ son similares en los pacientes VIH positivos y en los VIH negativos.

Existen conglomerados dérmicos de células con abundante citoplasma eosinófilo pálido y núcleos vesiculares grandes, pleomórficos, que contienen nucléolos grandes. Frecuentemente hay presencia de células multinucleadas y figuras mitóticas. La epidermis puede no estar comprometida, o bien presentar hiperplasia irregular o estar ulcerada. Estos informes corresponden a la variante rica en neutrófilos del linfoma CD30+ en pacientes con VIH.<sup>5</sup> En individuos VIH positivos, el linfoma de células grandes

CD30+ puede presentarse como enfermedad visceral o de tipo cutáneo. En estos pacientes es muy difícil determinar si el linfoma es una forma puramente cutánea o sistémica, debido a que la evolución está alterada en las personas VIH positivas. Por lo tanto, los pacientes con este tipo de linfomas deben ser sometidos a una evaluación completa en busca de compromiso sistémico concomitante. Las lesiones cutáneas aisladas se tratan habitualmente con exéresis quirúrgica, radioterapia, o ambas. Las lesiones multifocales de la piel requieren quimioterapia.<sup>1</sup>

Luego de una evaluación exhaustiva, los autores consideraron que el paciente estaba afectado por un linfoma cutáneo primario de células grandes CD30+. En este caso se prefirió un esquema CHOP, ya que la evolución de esta enfermedad es incierta en pacientes VIH positivos y no existen suficientes datos acerca del pronóstico de este tipo de linfomas en la era de la TARGA.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019  
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

#### Lista de abreviaturas y siglas

VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; TARGA, terapia antirretroviral de gran actividad; LACG, linfoma anaplásico de células grandes; PCR, reacción en cadena de la polimerasa; LDH, lactato deshidrogenasa; PAAF, punción-aspiración con aguja fina; TC, tomografía computarizada; CHOP, ciclofosfamida, hidroxidaunorrubicina, vincristina y prednisona.

#### Cómo citar este artículo

Raghurama Rao G, Ram Koteswara Rao N, Ravi Mohan P, Hari Kishan Kumar Y, Asapu A. Linfoma de células T grandes en el caso de un paciente VIH positivo. *Medicina para y por Residentes* 7(1):28-31, Ago 2019.

#### How to cite this article

Raghurama Rao G, Ram Koteswara Rao N, Ravi Mohan P, Hari Kishan Kumar Y, Asapu. Large T-cell lymphoma in an HIV patient: a case study. *Medicina para y por Residentes* 7(1):28-31, Ago 2019.

#### Autoevaluación del artículo

Los linfomas cutáneos en pacientes VIH positivos se caracterizan por diferentes patrones evolutivos.

¿Cuál de estas formas clínicas se describen en pacientes VIH+ con linfomas CD30+?

A, Cutáneas; B, Ungueales; C, Capilares; D, Todas son correctas; E, Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en: [www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/145899](http://www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/145899)

#### Conexiones temáticas

Los informes de *Medicina para y por Residentes* se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



#### Comentarios

##### Neoplasias en pacientes VIH positivo

#### Marcela C. Agostini

Universidad Abierta Interamericana (UAI),  
Buenos Aires, Argentina

En los inicios de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se consideraba que hasta el 40% de las personas infectadas por VIH presentarían algún tipo de neoplasia a lo largo de

sus vidas. Desde el inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) estas cifras han ido disminuyendo.<sup>1</sup>

Las neoplasias en los pacientes VIH positivos se clasifican en: asociadas con sida (NAS) y no asociadas con sida (NNAS). Las primeras se caracterizan por ser generalmente dependientes del inmunocompromiso y de los agentes infecciosos relacionados. Las más

frecuentes son el sarcoma de Kaposi, el linfoma no Hodgkin (LNH) y el cáncer de útero. Las NNAS no se relacionan con el inmunocompromiso e incluyen el cáncer anal, el linfoma no Hodgkin, el cáncer de células germinales y el cáncer de pulmón.<sup>1-2</sup> El caso presentado por el Dr. Rao nos lleva, en un primer análisis, a diferenciar entre LNH, micosis fungoide y tuberculosis. En un segundo análisis, con el resultado de la biopsia y el estudio inmunohistoquímico que revelan células CD30+ (Ki-1), descarta entidades diagnósticas como linfoma de Burkitt, linfoma de células grandes B, linfoma primario del sistema nervioso central (SNC) y linfoma asociado con serosas. Como datos epidemiológicos nos encontramos con que el linfoma anaplásico de células gigantes (LACG) representa del 1% al 8% de todos los LNH y el 12% de todos los linfomas de células T, con una baja prevalencia a nivel de la población mundial.<sup>3</sup> Es interesante estudiar la asociación entre LNH y el valor de CD4. Cuando la cantidad de CD4 es menor de 50 células/mm<sup>3</sup> se observa una alta asociación con el linfoma primario del SNC. En los pacientes con CD4 > 200 células/mm<sup>3</sup> el linfoma de Burkitt es de aparición más frecuente. En este caso, se hallaban presentes tanto el valor de CD4 como la edad joven para tener en consideración este diagnóstico. Desde el punto de vista histológico se observa la presencia característica de proliferación de células linfoides anaplásicas grandes, con citoplasma abundante y pleomórfico, núcleos excéntricos en forma de herradura o riñón y uno o más nucléolos prominentes, las cuales expresan fuertemente el antígeno CD30+. Todos estos hallazgos estuvieron presentes en este caso y se pudieron observar en las imágenes. De acuerdo con los criterios clínicos y de inmunohistoquímica se subdividen en tres categorías: LACG sistémico primario positivo para quinasa (ALK+), LACG sistémico primario negativo para quinasa (ALK-) y LACG cutáneo primario. Esta clasificación no se ve modificada en los pacientes VIH positivos y VIH negativos.<sup>4</sup> Una vez establecido el diagnóstico de LNH, la primera medida consiste en un estudio de extensión que incluye una tomografía computarizada (TC) cervicotoracoabdominal, casi siempre asociada con una tomografía por emisión de positrones (PET-TC)

para determinar el estadio de la enfermedad.<sup>5</sup> En este caso, se hicieron controles con TC, radiografías y ecografía abdominal.

En función a los factores de mal pronóstico relacionados con el LNH, se deben considerar aquellos vinculados con el paciente, el linfoma y el tratamiento. En cuanto a los relacionados con el paciente, en este caso particular cuenta con la presencia de síntomas B y ser VIH positivo. En cuanto al linfoma, se tiene en cuenta el tamaño de la masa tumoral y los nódulos a nivel esternal. Los datos de laboratorio son significativos, tanto por la presencia de anemia como por el valor elevado de LDH, vinculados con mayor malignidad. En cuanto al tratamiento, este paciente remitió luego de 6 ciclos, por encima de lo esperado (3 ciclos). Como factores positivos presenta edad joven, falta de compromiso a nivel de SNC, ausencia de anemia hemolítica y plaquetopenia. El tratamiento no solo debe ser enfocado hacia el LNF sino también, como con este paciente, hacia el virus respectivo. Se debe comenzar con los dos esquemas, lo cual se ve reflejado en la literatura como de mejor pronóstico. No se encuentran datos sobre qué esquema específico utilizar ante estos casos; sin embargo, los inhibidores de la integrasa –particularmente el raltegravir– han demostrado similar eficacia y mejor perfil de seguridad que los inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa, a lo cual se agrega la ventaja de carecer de interacciones farmacológicas.<sup>6</sup>

#### Bibliografía del comentario

1. Lupo S. VIH y Sida. En: Greca, Gallo, Parodi, Carlson Terapéutica Clínica. 1th. Ed. Rosario: Corpus; 2011. Pp. 655-666.
2. Cuellar L. Infecciones en huéspedes inmuno comprometidos. Rev Med Hered 24;156-161, 2013.
3. Willard CC, Foss RD, Hobbs TJ, Auclair PL. Primary anaplastic large cell (Ki-1 positive) lymphoma of the mandible as the initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome in a pediatric patient. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 80:67-70, 1995.
4. Esquivel Campo D, Correa Muñoz D. Linfoma anaplásico de células grandes CD30+ Y ALK+ con manifestación oral: revisión de literatura y reporte de caso. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello 46(3):208-216, 2018.
5. Feugier P, Filliatre-Clément L, Perrot A. Linfomas no Hodgkin: actitud terapéutica. EMC-Tratado de Medicina 23(2):1-7, 2019.
6. Torres HA, Mulanovich V. Management of HIV infection in patients with cancer receiving chemotherapy. CID 59(1):106-114, 2014.

#### Bibliografía

1. Wilkins K, Turner R, Dolev JC, LeBoit PE, Berger TG, Maurer TA. Cutaneous malignancy and human immunodeficiency virus disease. J Am Acad Dermatol 54(2):189-206, 2006.
2. Fung MA, Murphy MJ, Hoss DM, Grant-Kels JM. Practical evaluation and management of cutaneous lymphoma. J Am Acad Dermatol 46(3):325-357, 2002.
3. Hurtado-Cordovi J, Hanna L, Gotlieb V, Multz AS, Pigal A. A case of an unusually aggressive cutaneous anaplastic large T-cell lymphoma in an HIV patient treated with CHOP. Case Rep Oncol Med

2011;2011:805893. doi: 10.1155/2011/805893.

4. Akanmu AS. AIDS-associated malignancies. Afr J Med Med Sci 35:57-70, 2006.
5. Jhala DN, Medeiros LJ, Lopez-Terrada D, Jhala NC, Krishnan B, Shahab I. Neutrophil-rich anaplastic large cell lymphoma of T-cell lineage. A report of two cases arising in HIV-positive patients. Am J Clin Pathol 114(3):478-482, 2000.
6. Beylot-Barry M, Vergier B, Masquelier B, Bagot M, Joly P, Souteyrand P, et al. The spectrum of cutaneous lymphomas in HIV infection: a study of 21 cases. Am J Surg Pathol 23(10):1208-1216, 1999.

7. Willemze R, Kerl H, Sterry W, Berti E, Cerroni L, Chimenti S, et al. EORTC classification for primary cutaneous lymphomas: a proposal from the Cutaneous Lymphoma Study Group of the European Organization for Research and Treatment of Cancer. Blood 90(1):354-371, 1997.
8. Beljaards RC, Kaudewitz P, Berti E, Gianotti R, Neumann C, Rosso R, et al. Primary cutaneous CD30-positive large cell lymphoma: definition of a new type of cutaneous lymphoma with a favorable prognosis. A European multicenter study of 47 patients. Cancer 71(6):2097-2104, 1993.

#### Curriculum Vitae abreviado del autor

**Gandikota Raghurama Rao.** Profesor, Departamento de Dermatología, Venereología y Lepra, Colegio Médico GSL, Rajahmundry, Andhra Pradesh, India. Fue premiado con el premio a la Excelencia en Docencia y el premio Dr. B.M. Amabady de la Asociación India de Dermatología, Venereología y Lepra. Contribuyó con un capítulo sobre antrax en la tercera edición de Tropical Infectious Diseases, Principles Pathogens and Practice, (Richard L. Guerrant, David H Walker, Peter F Weller; Elsevier Saunders, 2011) y con un capítulo sobre blastomicosis en el libro de texto Paediatrics for Post Graduates, (Piyush Gupta; Jaypee Brothers, 2015). Publicó más de 60 artículos científicos en varias revistas nacionales de la India e internacionales con referato. Presentó más de 20 trabajos científicos en congresos nacionales de la India e internacionales. Es revisor de Indian Journal of Dermatologists, Venereologists and Leprologists y de Indian Journal of Dermatology. Es miembro de International Society of Dermatology, European Association of Dermatologists and Venereologists, y miembro vitalicio de Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists.

## Conveniencia de notificar al paciente diabético la necesidad de vacunarse contra la influenza

Londres, Reino Unido

**Clinical Audit** 10:33-39, Oct 2018

*La presente auditoría evaluó el efecto de aumentar la notificación del paciente sobre la aplicación de la vacuna contra la influenza en los sujetos diabéticos, e intentó identificar cuál intervención incrementa la aplicación de dicha vacuna con el mayor margen. Además, se analizó la presencia de cualquier barrera contra su aplicación.*

La diabetes es una epidemia que afecta a casi 360 millones de personas en todo el mundo, y se espera que este número aumente de manera exponencial para el año 2030. Los 3.5 millones de diabéticos que viven en el Reino Unido padecen, en su mayoría, diabetes tipo 2, y en ese país se destina en la actualidad el 10% de los fondos del *National Health Service* (NHS) para la diabetes y las complicaciones asociadas. El virus de la influenza es particularmente frecuente en los diabéticos, y debido a la vulnerabilidad de estos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que todos estos sujetos deban vacunarse anualmente contra este virus. En el NHS, la colocación de la vacuna de la influenza es gratuita y puede ser administrada en consultorios, farmacias y hospitales.

Los objetivos del presente estudio fueron evaluar el efecto de aumentar la notificación del paciente sobre la aplicación de la vacuna contra la influenza en los pacientes diabéticos, identificar cuál intervención incrementa la aplicación de dicha vacuna con el mayor margen y abordar cualquier barrera que surgiera a medida que avanzaba el estudio.

### Métodos

Los autores realizaron una auditoría en el marco de la práctica general basada en el Este de Londres. Los datos fueron obtenidos del EMIS *Web*, un sistema clínico electrónico usado en los centros de atención primaria para consultar los objetivos del *Quality and Outcomes Framework* (QOF) y la información práctica. El código DM018 del QOF fue utilizado para identificar a los individuos dentro de la población diabética que aún faltaban vacunar. Durante 7 semanas se intentó contactar a los pacientes en 3 ocasiones diferentes, e inscribirlos dentro de varias clínicas de vacunación contra la influenza durante ese período. Fueron incluidos todos los diabéticos que no habían recibido la vacuna contra la influenza. Una vez que se identificó a los sujetos que debían vacunarse, buscaron el número de teléfono de estos en la lista de los pacientes y en el sistema EMIS. Utilizando un guión llamaron por teléfono a los pacientes en 2 oportunidades; en la segunda ocasión, si no había respuesta,

se les dejaba un mensaje en el buzón de voz. El tercer intento de notificación fue vía correo electrónico, también utilizando un guión.

### Resultados

Al comenzar la presente auditoría se había vacunado el 59% de los pacientes que necesitaban vacunarse contra la influenza, y al finalizar la auditoría, el porcentaje de pacientes diabéticos que se había vacunado fue del 79%, incremento que parecería deberse a la notificación de estos individuos.

Los datos del año anterior, en el cual no se implementó la notificación a los pacientes, informaron que durante esas mismas 7 semanas la aplicación de la vacuna aumentó un 8%, lo que demuestra un incremento del 12% con respecto al año anterior.

La cantidad de pacientes diabéticos que faltaba por vacunar sumaba un total de 393 individuos, de los cuales 381 cumplían los criterios de inclusión, por lo que fueron llamados por teléfono como parte de la primera intervención, la cual logró que 276 pacientes se vacunaran. Durante la segunda intervención se llamó a los 105 pacientes que todavía faltaba por vacunar, y cuando no hubo respuesta, se dejó un mensaje en el buzón de voz; esta intervención logró que 17 individuos se vacunaran. La tercera intervención intentó notificar vía correo electrónico a los restantes 88 pacientes, pero solo 29 de estos tenían registrada la dirección de correo electrónico en la base de datos; de estos, 7 se aplicaron la vacuna. El resultado final indicó que restaban 81 pacientes por vacunar.

### Discusión

Al comparar los datos de la preauditoría con los de la posauditoría se observó que hubo un incremento del 20% en el número de pacientes diabéticos vacunados contra la influenza. Las 3 intervenciones diferentes utilizadas parecerían haber provocado este aumento significativo. Uno de los problemas más importantes que se puso en evidencia fue la recopilación de los datos de contacto de los pacientes, ya que, si los números de teléfono o las casillas de correo electrónico no están en el sistema o están de modo incorrecto, los pacientes tienen mayor riesgo de estar privados de la atención en salud. Los autores destacan la importancia de la notificación vía correo electrónico, que, si bien fue la última intervención utilizada, sería muy eficaz. Además, la relación entre la práctica médica general y los otros servicios de atención de la salud comunitaria debería ser más cohesiva, transparente y holística para mejorar la eficacia. Una cantidad importante de sujetos contactados rehusó colocarse la vacuna, y cuando se les preguntó el por qué, la mayoría eligió no dar los motivos, pero según los autores, estos tendrían ciertos conceptos erróneos

acerca de la vacuna. Si bien sería una ventaja estratificar a los pacientes según su riesgo y apuntar a aquellos que más necesiten la vacuna, el presente estudio contactó a todos los individuos que cumplían los criterios de inclusión. El idioma parecería ser una barrera para ciertos pacientes, lo que dificulta la comunicación, por lo que sería útil que tanto los profesionales de la salud como las campañas de prevención puedan notificar a las personas en su idioma, lo que aumentaría significativamente la aplicación de la vacuna en los pacientes de riesgo.

### Conclusión

El uso de las intervenciones para notificar a los pacientes tuvo un impacto significativo en el número de pacientes que recibieron la vacuna contra la influenza a lo largo del período de 7 semanas de la auditoría. El aumento del 12% en la aplicación de la vacuna puede ser atribuido a la notificación del paciente, en comparación con los datos del año anterior.



[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/159291](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/159291)

## Errores en la prescripción en los departamentos de emergencias pediátricas

Asheville, EE.UU.

**Pediatric Emergency Care**, Mar 2018

*Se identificó una tasa total de errores en la dosificación del 40% en la medicación indicada a los pacientes pediátricos al ser dados de alta de los departamentos de emergencias. El error clínicamente más significativo encontrado fue la subdosificación de la amoxicilina para la otitis media aguda.*

Entre los errores en la medicación, los que se producen en la dosificación son los más frecuentes en pediatría, probablemente debido a la complejidad del cálculo de dosis en esta población, que se basa en el peso, la edad y la indicación terapéutica. El mayor riesgo de los errores de dosificación pediátrica se da en el ámbito de los departamentos de emergencias, debido al gran volumen de pacientes, el estrés, el ruido, las presiones por la urgencia, la no familiaridad con los enfermos y la falta de un entrenamiento pediátrico formal. En diversos análisis, hasta el 21% de los errores en la medicación se dieron en el caso de pacientes pediátricos atendidos en los departamentos de emergencias, y los antibióticos fueron el tipo de medicación que más errores generaron.

Las dosis subterapéuticas de antibióticos pueden llevar a que no se pueda resolver la infección y a promover la resistencia bacteriana, mientras que la sobredosis puede provocar toxicidad. Es esencial la cuantificación de los errores de dosificación y la identificación de los factores de riesgo asociados con el error a fin de encarar soluciones que permitan mejorar



la prescripción. En el presente ensayo se analizaron los errores en la dosificación en la prescripción escrita de antibióticos en pacientes pediátricos en un sistema de salud comunitario, con el objetivo de cuantificar los errores y las variables asociadas con ellos.

## Métodos

El diseño del estudio fue retrospectivo y multicéntrico y participaron cinco departamentos de emergencias en un sistema de salud comunitario de la zona oeste de Carolina del Norte, Estados Unidos. Todos los servicios cuentan con un proceso electrónico estandarizado para generar las prescripciones ambulatorias; pero ese sistema no sugiere dosis estándar de antibióticos o genera una alerta electrónica si el profesional selecciona una dosis fuera del rango recomendado. Fueron incluidos pacientes menores de 18 años dados de alta de un departamento de emergencias con una prescripción de antibióticos orales entre el 30 de junio de 2014 y el 1 de julio de 2015. Se recabó información acerca de la edad de los participantes, el peso, los antibióticos indicados, su dosis y su indicación clínica, para lo cual se utilizaron los códigos de la *International Classification of Diseases*, novena revisión (ICD-9).

El criterio principal de valoración fue la tasa de errores en la dosificación de antibióticos en los pacientes pediátricos al alta. Se consideró error cuando se identificó una variación de  $\pm 10\%$  entre la dosis recomendada y la indicada según el peso y para una indicación clínica dada. Los criterios secundarios fueron la identificación de las variables asociadas con los errores en la dosificación de antibióticos.

Se utilizaron estadísticas descriptivas para los datos demográficos y los criterios de valoración. La tasa de errores para los diferentes grupos se comparó con la prueba de *chi* al cuadrado.

## Resultados

Durante el período de estudio se evaluaron 2014 prescripciones, de las cuales se excluyeron 80 y quedaron para el análisis 1934.

Se encontró que 776 prescripciones (40%) contenían algún error de dosificación, de los cuales 288 (15%) correspondieron a errores de sobredosificación y 488 (25%) a errores de subdosificación. De los errores correspondientes a las dosis subterapéuticas, la magnitud de la variación se hallaba entre el 10% y el 50% de la dosis recomendada. En cuanto a los errores correspondientes a la indicación de dosis supratrapéuticas, la magnitud de la variación fue del 10% a más del 100% de la dosis recomendada.

La tasa de error difirió según la clase de antibiótico y la indicación del antibiótico. Con respecto a la clase de antibióticos, las penicilinas representaron el 55% (n = 430)

de los errores totales. Específicamente, las penicilinas representaron el 65% (n = 286) de los errores de subdosificación y el 43% de ellos (n = 208) se atribuyeron a las dosis subterapéuticas de amoxicilina para otitis media aguda. La magnitud de los errores de subdosificación para la amoxicilina en la otitis media aguda osciló entre el 51% y el 75% (n = 86) y el 26% y el 50% (n = 71).

## Discusión y conclusión

Comentan los autores que los resultados de su estudio retrospectivo y multicéntrico indicaron que el 40% de las prescripciones contenían un error de dosificación sobre la base de un umbral predefinido de un 10% de variación. La mayoría de los errores (63%) correspondieron a errores de subdosificación. El hallazgo principal fue la tasa desproporcionalmente alta de errores de subdosificación para la amoxicilina en la otitis media aguda. Según los autores, no es de extrañar que la mayor cantidad de errores de subdosificación se deban a la dosis de amoxicilina para la otitis media, dado que para esta indicación se usan dosis más elevadas de este antibiótico, del orden de 80 a 90 mg/kg/día, con una dosis máxima de 4000 mg.

La tasa de error encontrada, del 40%, fue ligeramente superior a la del 35%, informada previamente en un estudio de 2013, que incluyó las prescripciones en múltiples ámbitos y no exclusivamente en el departamento de emergencias como en la presente investigación.

Algunos de los errores podrían atribuirse a información inapropiada para el cálculo de las dosis, pero también a que algunos profesionales no se sienten cómodos con la indicación de dosis más elevadas de amoxicilina. La reducción empírica de las dosis no es una estrategia adecuada, ya que la mayoría de los trabajos sobre farmacocinética y farmacodinamia demostraron que son necesarias dosis altas para el tratamiento de la otitis media aguda y para evitar la recurrencia de la infección. Las dosis subterapéuticas pueden promover la resistencia bacteriana y la recurrencia de la infección. Las posibles soluciones para reducir la frecuencia de errores en la subdosificación de amoxicilina para la otitis media aguda pueden ser la educación del profesional y la creación de tablas estandarizadas de dosis, así como dosis de antibióticos sugeridas sobre la base del peso y la implementación de una alerta electrónica cuando las dosis caen fuera de rango. Otra posible solución sería la verificación por un farmacéutico de las dosis indicadas al paciente.

En conclusión de los autores, se identificó una tasa total de errores en la dosificación del 40% en la medicación indicada al alta de los departamentos de emergencias a los pacientes pediátricos. El error clínicamente más significativo

encontrado fue la subdosificación de la amoxicilina para la otitis media aguda. La evaluación de la relación entre los errores en la subdosificación y el desenlace clínico, como la resistencia antibiótica, el fracaso para la obtención de la curación clínica de la infección y las consultas reiteradas a los departamentos de emergencias, permitirá dilucidar las consecuencias clínicas de los errores de prescripción y deben determinarse en el futuro.



[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/157720](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/157720)

## Tratamiento focalizado en pacientes con cáncer prostático

Utrecht, Países Bajos

*European Urology* 74(4):422-429, Oct 2018

*El tratamiento con ultrasonido focalizado de alta intensidad puede ser ofrecido a los pacientes con cáncer de próstata no metastásico clínicamente significativo, ya que los resultados indican que es eficaz en el mediano plazo, con baja probabilidad de efectos colaterales urinarios, rectales y sexuales.*

A diferencia de las estrategias terapéuticas para el cáncer de otros órganos sólidos, el abordaje oncológico del cáncer de próstata no metastásico (CPNM) se orienta a aplicar el tratamiento (cirugía o radioterapia) en toda la glándula, independientemente del tamaño del tumor o de su localización dentro de la próstata. Si bien el tratamiento es eficaz, puede asociarse con incontinencia urinaria, disfunción eréctil y complicaciones rectales. El tratamiento radical ha demostrado que mejora la supervivencia de los pacientes a largo plazo (10 a 15 años), en comparación con la estrategia del control intensivo activo, pero los expertos consideran que es necesario reducir los efectos colaterales relacionados con el tratamiento.

El objetivo del abordaje oncológico focalizado es reducir los efectos colaterales, mantener el cáncer bajo control y circunscribir el tratamiento a las áreas del órgano donde se sabe que hay células malignas. Este concepto de preservación tisular se ha hecho posible en los últimos años por medio de los avances en la localización de la enfermedad mediante técnicas avanzadas, como la resonancia magnética nuclear (RMN) multiparamétrica y las biopsias dirigidas por mapeo.

En el presente estudio, los autores informaron los resultados oncológicos a mediano plazo en una cohorte numerosa, multicéntrica, de pacientes con CPNM clínicamente significativo tratados con ultrasonido focalizado de alta intensidad (USFAI).



Información adicional en [www.siicsalud.com](http://www.siicsalud.com): otros autores, especialidades en que se clasifican, conflictos de interés, etc.



## Pacientes y métodos

Entre 2006 y 2015, 625 pacientes consecutivos con CPNM fueron tratados con USFAI en 9 centros oncológicos de Gran Bretaña. Los sujetos incluidos tenían diagnóstico de CPNM con puntaje de Gleason entre 6 y 9, tamaño tumoral  $\geq 4$  mm, estadio oncológico T1c-3bN0M0 y antígeno prostático específico (APE)  $\leq 30$  ng/ml. Los pacientes fueron clasificados en grupos de bajo riesgo, de riesgo intermedio y de alto riesgo, según la clasificación de D'Amico. La localización tumoral se hizo por RMN multiparamétrica y por biopsias transperineales y transrectales con mapeo. Se realizaron tomografía computarizada (TC) y centellogramas óseos para descartar metástasis a distancia en los grupos de riesgo intermedio y de riesgo alto. Los tratamientos quirúrgicos fueron realizados en forma estandarizada por cirujanos previamente entrenados en el protocolo terapéutico.

En el seguimiento se efectuaron pruebas de APE trimestrales o semestrales, con RMN anual o cada 2 años. Según los resultados de los controles, a los pacientes se les ofrecía la repetición del USFAI, la prostatectomía radical o la radioterapia radical. Los eventos adversos y los resultados autoinformados fueron registrados en instrumentos validados, como el cuestionario *International Prostate Symptom Score* (IPSS) y el cuestionario *Expanded Prostate Cancer Index Composite* (EPIC).

La variable principal de resultado fue la supervivencia libre de fracasos (SLF), definida como la ausencia de requerimiento de tratamiento local de último recurso (cirugía o radioterapia), de tratamiento sistémico, de metástasis y de muerte relacionada con el cáncer de próstata. Las variables secundarias de resultado incluyeron la supervivencia libre de metástasis, la mortalidad relacionada con el cáncer de próstata y la mortalidad global.

Las características basales de los pacientes se presentaron como proporciones, medianas y rangos intercuartílicos (RIC). El tiempo de supervivencia hasta el evento fue estimado con el método de Kaplan-Meier, y se informó con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%), para los pacientes con al menos 6 meses de seguimiento. Los eventos adversos se informaron como proporciones. Se utilizó el método de regresión de Cox para determinar si los factores de riesgo basales podían predecir la SLF. El análisis univariado incluyó la edad, el volumen prostático, el valor de PSA, el puntaje de Gleason y el estadio clínico T. Los factores de riesgo significativos ( $p < 0.05$ ) fueron incluidos en el análisis multivariado, y se informaron como *hazard ratios* (HR). La capacidad discriminativa del modelo fue estimada con la estadística C de Harrell, con la utilización de 2000 muestras automatizadas.

## Resultados

Un total de 625 pacientes fueron tratados con USFAI, de los cuales 599 tuvieron un seguimiento de al menos 6 meses; el 84% (505/625) tenía CPNM de riesgo intermedio o de alto riesgo. El diagnóstico de cáncer prostático fue efectuado por biopsia transperineal con mapeo en el 70% de los pacientes, y por ecografía transuretral en el 28% de los sujetos. Luego de excluir los pacientes con un evento ( $n = 60$ ), la mediana de seguimiento fue de 56 meses (RIC: 35 a 70). La SLF al año, a los 3 años y a los 5 años fue 99% (IC 95%: 98% a 100%), 92% (IC 95%: 90% a 95%) y 88% (IC 95%: 85% a 91%), respectivamente. Las estimaciones de SLF a los 5 años por el método de Kaplan-Meier, para los grupos de riesgo bajo, de riesgo intermedio y de riesgo alto, fueron 96% (IC 95%: 91% a 100%), 88% (IC 95%: 84% a 93%) y 84% (IC 95%: 78% a 90%), en orden respectivo.

Después de la aplicación del USFAI, 8 pacientes requirieron prostatectomía radical, 36 individuos necesitaron radioterapia externa, y un paciente, tratamiento de privación androgénica. Diez pacientes presentaron metástasis durante el seguimiento, y 3 sujetos tuvieron metástasis después del segundo tratamiento con USFAI. Las estimaciones de Kaplan-Meier para la supervivencia libre de metástasis al año, a los 3 años y a los 5 años fueron 99.7% (IC 95%: 99% a 100%), 99% (IC 95%: 98% a 100%) y 98% (IC 95%: 97% a 99%), respectivamente. Se registraron 7 fallecimientos, ninguno relacionado con el cáncer de próstata. La supervivencia global a los 5 años fue del 99%. La repetición del USFAI se realizó en 121 pacientes. A un total de 222 individuos se les realizó una biopsia luego del USFAI; 29 pacientes tuvieron recurrencia histológica en el sitio previo, 16 presentaron evidencia histológica de cáncer en un nuevo sitio, y 11 pacientes tuvieron evidencia de cáncer en ambas localizaciones. Se registraron episodios de infección urinaria o de epididimoorquitis dentro de los 6 meses posteriores al procedimiento en el 8.5% de los pacientes (53/625) y en el 1.9% (12/625), respectivamente. El 9.6% de los enfermos (60/625) requirió intervenciones endoscópicas por síntomas urinarios bajos. Se registraron 2 fistulas rectouretrales (0.3%). El estado de continencia fue informado por 421 pacientes al inicio del estudio, por 313 sujetos a los 2 años y por 247 pacientes a los 3 años. El porcentaje de continencia fue del 97% a los 2 años y del 98% a los 3 años. En el análisis multivariado, el valor de PSA previo al USFAI (HR = 1.04, IC 95%: 1.01 a 1.07;  $p = 0.004$ ) y el estadio T3 (HR = 3.06, IC 95%: 1.11 a 8.44;  $p = 0.03$ ) fueron factores predictivos de fracaso terapéutico.

## Discusión y conclusiones

Los resultados principales del estudio mostraron que, a los 5 años de la aplicación

de USFAI en pacientes con CPNM, la SLF fue del 88%, la supervivencia libre de metástasis del 98% y la supervivencia específica asociada con el cáncer fue del 100%. Solo el 2% de los pacientes presentó incontinencia urinaria. Los autores indican que la fortaleza de este estudio radica en su naturaleza multicéntrica, en el número elevado de pacientes incluidos y en la recolección prospectiva de datos de seguimiento alejado.

Es ampliamente aceptado que la prostatectomía radical y la radioterapia radical son eficaces para el tratamiento del CPNM clínicamente significativo, pero estas modalidades se asocian con efectos colaterales urinarios, rectales y sexuales. El tratamiento focalizado, por otra parte, apunta a preservar tejido prostático y a minimizar los daños a los haces neurovasculares, el cuello de la vejiga, el esfínter uretral externo y el recto. Esta estrategia terapéutica tiene baja incidencia de efectos adversos, mínimo impacto sobre la calidad de vida y buenos resultados en el mediano plazo. Los autores reconocen también algunas limitaciones del trabajo, como la falta de biopsia sistematizada en algunos pacientes, la ausencia de una variable de resultado validada y universalmente aceptada para la evaluación de tratamientos del cáncer de próstata, y la falta de disponibilidad de los datos provenientes de los cuestionarios validados, debido a la ausencia de respuesta de muchos participantes.

En conclusión, el tratamiento con USFAI puede ser ofrecido a los pacientes con CPNM clínicamente significativo, ya que los resultados indican que es eficaz en el mediano plazo, con baja probabilidad de efectos colaterales urinarios, rectales y sexuales.



[www.siicsalud.com/dato/resiic.php/159857](http://www.siicsalud.com/dato/resiic.php/159857)

► Remita su carta a [acise@siic.info](mailto:acise@siic.info). El estilo de redacción puede consultarse en [www.siic.info/inst-castellano.php](http://www.siic.info/inst-castellano.php)

**Comentario científico del resumen realizado sobre la base del artículo *Calcium in the Prevention of Postmenopausal Osteoporosis: EMAS Clinical Guide. Maturitas, 107:7-12, Ene 2018***

Sr. Editor:

Está claramente establecido que el calcio es un nutriente que se necesita para múltiples funciones celulares. La fisiología muestra que si no se ingiere en cantidad adecuada, existen mecanismos para obtenerlo a partir del hueso y para aumentar la absorción. Para este fin existen la parathormona (PTH) y la vitamina D. Analizaremos brevemente los beneficios y eventuales riesgos de su uso.

Es preferible el calcio de la dieta, y las únicas fuentes confiables son los lácteos, y por eso los médicos debemos acostumbrarnos a preguntar a los pacientes, antes de recetar calcio, si consumen y en qué cantidad, leche, yogurt y queso. Sabemos que leche y yogurt descremados tienen igual o más calcio que los enteros, pero no sucede lo mismo con los quesos: cuanto más duros tienen más calcio, pero también más sodio, calorías y grasa. Así, los quesos descremados, mejores para la salud en general, aportan poco calcio. Para los pacientes con intolerancia a la lactosa debe recordarse que el queso no produce inconvenientes en ellos. Otras consideraciones del tipo de que los lácteos pueden producir enfermedades en los seres humanos adultos no tienen ningún tipo de base científica para ser discutidos.

Con respecto al impacto en el hueso, los estudios existentes no arrojan resultados claros sobre los efectos del aporte complementario de calcio sobre la densidad mineral ósea (DMO) ni sobre la incidencia de fracturas.

Un estudio observacional sueco en 61 433 mujeres seguidas por 19 años mostró que las que referían una ingesta de calcio menor de 741 mg/día tuvieron alguna fractura en 17.2/1000 personas/año, mientras que las que ingerían 882 a 996 mg/día tuvieron menos fracturas (14.0/1000 personas/año), sin mayor disminución con mayor aporte (Warensjö E, *BMJ* 2011). El estudio US *Task Force* encontró un 12% de disminución de fracturas solo en sujetos internados (Chung M, *Ann Intern Med* 2011), y otro de la *National Osteoporosis Foundation* (NOF) un 15% menos de fracturas totales y 30% menos de fracturas de cadera (Weaver CM, *Osteoporosis Int* 2016). Pero se ha publicado que el aporte de calcio en ancianos mejoraba levemente la DMO (2% al año en columna) y disminuía la PTH y los marcadores óseos de laboratorio, en comparación con el grupo placebo, en un estudio a 4 años (Riggs BL, *JBMR* 1998), y que la chance de mejoría de estos parámetros es mayor ante menor ingesta de calcio previa (Recker R, *JBMR* 1996; Dawson-Hughes B, *N Engl J Med*, 1990).

Sin duda, los efectos son mayores cuando se administra combinado con vitamina D, y como conclusión lógica y aplicable a cualquier sustancia a suplementar, el efecto es esperable en el que no lo consume previamente. Los sujetos que ya consumen lácteos en cantidades adecuadas no tendrán ningún beneficio agregándolo.

Con relación a los riesgos renales, contra lo que podría pensarse, el aporte de calcio no aumenta la calcemia ni la calciuria, ni la incidencia de litiasis renales. Esto sí puede ocurrir ante aportes elevados, de por lo menos 2 g/día de calcio. Existen trabajos que muestran, desde 1993 (Curhan GC, *NEJM*), no solo que el aporte de calcio no aumenta las litiasis, sino que la incidencia es mayor ante ingestas muy bajas o muy altas de calcio, la menor de las cuales es de 800-1000 mg/día. Esto es debido a que, si existe poco calcio en el intestino, se absorbe más el oxalato de la dieta, que cuando pasa a los túbulos renales brinda mayor sustrato (mayor oxalaturia) para precipitar con el calcio siempre presente en los túbulos. En 2004, Taylor (*J Am Soc Nephrol*) comprobó que en 45 619 hombres seguidos por 14 años, el riesgo de litiasis era mayor en el quintil de sujetos con menos de 500 mg/día de ingesta de calcio en menores de 60 años, y era similar con cualquier ingesta en los mayores de esa edad. Así, la creencia popular de que la ingesta de calcio produce o empeora las litiasis renales no tiene fundamento, e ingestas totales (lácteos + suplementos) menores de 1500 mg/día resultan seguras para este fin.

De igual manera, el aporte de vitamina D no aumenta el riesgo de litiasis renal (Ferraro PM, *J Urol* 2017).

Con respecto a los riesgos cardiovasculares, varios estudios habían mostrado en el pasado una relación inversa entre aporte de calcio

y la mortalidad cardiovascular (CV) (Bostick RM, *Am J Epidemiol* 1999). Pero en 2008, el grupo neozelandés de Bolland y Reid presentó estudios propios y metanálisis que mostraban lo contrario, mayor riesgo CV con aporte de calcio de suplementos, no dietético (Bolland MJ, *BMJ* 2008). Sin embargo, numerosos autores del resto del mundo no coinciden con ellos. Un estudio sueco prospectivo que siguió a 61 433 mujeres por 19 años encontró aumento de riesgo CV con ingesta de más de 1400 mg/día o de menos de 500 mg/día, y menor riesgo con 1000 mg/día (Michaelsson K, *BMJ* 2013). Esta relación en "U" fue confirmada en el metanálisis de 9 estudios prospectivos y 757 304 participantes, que mostraron aumento de riesgo de 1.08 para 500 mg/día y de 1.10 para 1400 mg/día, con la menor mortalidad con 900 mg/día (Wang X, *BMC Baltimore* 2014).

También sociedades científicas como la NOF y la American Society for Preventive Cardiology concluyeron, en 2016, que ni la ingesta de calcio en la dieta ni los suplementos tienen efecto en el riesgo CV ni cerebrovascular (Kopecky SL, *Ann Intern Med* 2016).

En conclusión, el calcio es un nutriente que necesitamos a diario durante toda la vida.

No está claro su efecto preventivo sobre las fracturas, pero sin duda es beneficioso en la población que tiene un aporte disminuido. No existe mayor riesgo de litiasis renal ni de afección CV con aportes totales (alimentos más suplementos) menores de 1500 mg/día, e incluso estas enfermedades son más frecuentes con aportes de menos de 500 mg/día. Vale la pena recordar que el calcio y la vitamina D deben estar presentes en todos los tratamientos para la osteoporosis, pero solos no representan un tratamiento. Son nutrientes indispensables, pero el tratamiento incluye otro fármaco osteoactivo.

José Luis Mansur

Médico, Endocrinólogo, Centro de Endocrinología y Osteoporosis, La Plata, Argentina

**Comentario científico del resumen realizado sobre la base del artículo *Approach to Autism Spectrum Disorder: Using the New DSM-V Diagnostic Criteria and the CanMEDS-FS Framework. Canadian Family Physician, 61(5):421-424, 2015***

Sr. Editor:

El artículo advierte que, con el aumento en la prevalencia de los trastornos del espectro autista (TEA), dichos trastornos son observados en el ámbito de la medicina familiar.

Los autores presentan un caso con un repertorio de intereses, actividades y patrones restringidos y repetitivos, así como dificultades emocionales, sociales y de comunicación que, de acuerdo con el DSM-5, concuerdan con los criterios para el diagnóstico diferencial de TEA. Se excluyeron otros trastornos mediante la realización de estudios adicionales como audiometría y análisis de sangre, con resultados normales. Además, el caso obtiene resultado positivo para la escala *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), lo que corrobora el diagnóstico presuntivo de TEA, con lo cual el plan terapéutico posterior incluye la derivación a especialistas con experiencia en TEA, con el fin de confirmar el diagnóstico y la gravedad del caso.

Los autores destacan de manera acertada sobre la importancia de evaluar la presencia de comorbilidades y brindar pautas de manejo a la familia. Igualmente, se sugiere al médico utilizar el sistema *College of Family Physicians of Canada* (CanMEDS-FM), que incluye la participación de un comunicador, un colaborador, un profesional, un asesor escolar, un asesor de salud y un experto en medicina familiar. Asimismo, es muy valioso referir a un equipo multidisciplinario que atienda a las necesidades individuales del paciente y su familia, mantener una buena comunicación y acompañarla de material escrito.

En conclusión, ante un diagnóstico de TEA, este artículo sugiere a los médicos de familia utilizar la aplicación del sistema CanMEDS-FM que permite brindar apoyo y asesorar a las familias para afrontar la enfermedad. De igual forma, da cuenta de la importancia que tiene el uso de dicho sistema como guía para los médicos de familia con el fin de obtener resultados óptimos para mejorar la atención del paciente.

Laura Pedevilla

Universidad Nacional de San Martín, San Martín, Argentina

► Los acontecimientos científicos recomendados por la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) se destacan por la utilidad para la actualización de los jóvenes profesionales de la Argentina e Iberoamérica.

➔ **XXXVIII Congreso de la Confederación Americana de Urología**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
2 al 5 de octubre de 2019  
www.cau2019.com  
sedecentral@caunet.org

➔ **XXIV Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación 2019**

Villa Carlos Paz, Argentina  
3 al 5 de octubre de 2019  
www.congresosamfyr2019.com  
infocongreso@samfyr.org

➔ **27º Congreso Internacional de Psiquiatría 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
16 al 18 de octubre de 2019  
www.congresoap.com  
congresos@aap.org.ar

➔ **52º Congreso Argentino de Reumatología 2019**

Salta, Argentina  
16 al 19 de octubre de 2019  
www.reumatologia.org.ar  
sociedad@reumatologia.org.ar

➔ **8º Conferencia Interamericana de Oncología 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
17 y 18 de octubre de 2019  
www.oncologyconferences.com.ar  
secretariat@oncologyconferences.com.ar

➔ **45º Congreso Argentino de Cardiología 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
17 al 19 de octubre de 2019  
www.sac.org.ar/sac19  
info@sac.org.ar

➔ **XXI Congreso de la Sociedad Argentina de Endocrinología y Metabolismo 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
22 al 24 de octubre de 2019  
www.congresosaem.com.ar

➔ **47º Congreso Argentino de Medicina Respiratoria 2019**

Rosario, Argentina  
31 de octubre al 3 de Noviembre de 2019  
www.aamr.org.ar/47congreso  
aamr@aamr.org.ar

➔ **16º Congreso Mundial de Arritmias 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
2 al 4 de noviembre de 2019  
www.arrhythmias2019.com

➔ **XXIV Congreso Argentino e Internacional de Oncología Clínica 2019**

Rosario, Argentina  
6 al 8 de noviembre de 2019  
www.aaoc.org.ar

➔ **VII Congreso de Enfermedades Endemoepidémicas 2019**

Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
13 al 15 de noviembre de 2019  
www.congresomuñiz.org.ar

➔ **56º Congreso de Neurología 2019**

Mar del Plata  
19 al 22 de noviembre de 2019  
www.sna.org.ar  
info@sna.org.ar

➔ **56º Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología 2019**

28 de noviembre al 1 de diciembre de 2019  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
www.congresoaaot.org.ar  
congreso@aaot.org.ar



► Los lectores de Medicina para y por Residentes pueden establecer contacto directo con los autores de la sección Artículos originales, Entrevistas, Casos clínicos y Red Científica Iberoamericana remitiendo las correspondencias a los domicilios indicados. En caso de necesitar otros datos (número de teléfono, fax o dirección de e-mail) solicitarlo a **Mensajes a SIIC** <[www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php)>, explicando la causa del pedido. El editor requerirá autorización de los autores para proporcionar los datos correspondientes a los símbolos e-mail ( @ ), teléfono ( ☎ ).

<p><b>A- Colonización por bacterias multirresistentes en unidades de alto riesgo de una institución polivalente</b></p> <p><b>B- Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud</b></p> <p><b>C- Estatinas en altas dosis y regresión de la aterosclerosis subclínica en pacientes con hiperlipidemia familiar combinada</b></p> <p><b>D- Educación sexual y embarazo adolescente en el estado Táchira, Venezuela</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dra. M. Bottiglieri, Clínica Universitaria Reina Fabiola, Oncatico 1248, Córdoba, Argentina @ ☎</li> <li>• Dra. I. Kremer, Universidad Católica de Córdoba, Jacinto Ríos 571, Córdoba, Argentina @ ☎</li> <li>• Dr. S. Martínez-Hervas, Hospital Clinico Universitario de Valencia, 46010, Valencia, España @</li> <li>• Dra. M. Vivas-García, Universidad Simón Bolívar, 540006, Cúcuta, Venezuela @</li> </ul>
<p>Artículos originales recientemente publicados por SIIC que abordan temáticas afines a los publicados en esta edición de Medicina para y por Residentes. Para acceder a sus resúmenes en castellano, <i>abstracts</i> y textos completos (en castellano e inglés) diríjase a <b>Buceador SIIC</b> &lt;<a href="http://www.siicsalud.com/buceador/">www.siicsalud.com/buceador/</a>&gt; de siicsalud.com.</p>	
<p>La Eficacia y la Seguridad de las Formulaciones a Base de Lípidos de Anfotericina B</p> <p>Tratamiento de la Agitación en la Enfermedad de Alzheimer</p> <p>Miocardiopatía del Periparto</p> <p>Actualización sobre la Insuficiencia Cardíaca</p> <p>Utilización Profiláctica de Antibióticos luego del Parto Vaginal Instrumentado</p> <p>El Trastorno Bipolar Requiere un Abordaje Oportuno y Eficaz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. R. Pontarolo, Universidade Federal do Paraná, Rua XV de Novembro, 1299 - Centro, Curitiba, Brasil @</li> <li>• Dra. V. M. Aga, Oregon Health and Science University (OHSU), 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, EE.UU. @</li> <li>• Dr. J. W. Roos-Hesselink, Erasmus University Medical Center, Molewaterplein 40, 3015, Rotterdam, Países Bajos @</li> <li>• Dr. J. C. Youn, Hallym University Dongtan Sacred Heart Hospital, Hwaseong, Corea del Sur @</li> <li>• Dra. M. Knight, Oxford University, Oxford OX1 2JD, Oxford, Reino Unido @</li> <li>• Dr. E. Vieta, Universitat de Barcelona, Gran Via de les Corts Catalanes, 585, 08007, Barcelona, España @</li> </ul>

► La Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) con el objetivo de facilitar la publicación de artículos científicos en colecciones periódicas de calidad. La utilización del SSEA es únicamente autorizada a los autores que presentan artículos para su evaluación y posterior publicación. Estos autores acceden a SSEA mediante la dirección de correo electrónico del autor, el número de de ICE provisto en la carta de invitación y una clave de ingreso creada por el autor la primera vez que accede.

### Solicitud de presentación

Los autores interesados en presentar un artículo para su evaluación y posterior edición en las publicaciones de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) deberán acceder a

[www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php) donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**. Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

Los autores no deberán pagar honorarios por presentar sus artículos en las publicaciones impresas o virtuales de SIIC ni tampoco son transferidos a los autores los costos de producción editorial, con la excepción de las traducciones científicas al inglés encargadas a SIIC por los autores de originales en castellano o portugués.

### Proceso de la edición

#### Proceso 1 – Aceptación de la invitación

El autor acepta la invitación para presentar un artículo sobre el tema de su interés. Este proceso de una sola etapa solicita unos pocos datos profesionales y otros relacionados con el artículo que el autor se compromete concluir en una fecha determinada.

Estos datos permitirán difundir anticipadamente el trabajo y su probable fecha de publicación. Se le aclara al autor que ello ocurrirá al obtener su aprobación.

#### Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

**Proceso de Remisión** Usted ha ingresado al **Proceso de Remisión** de su artículo.

**Importante:** Usted puede completar este formulario en una vez o guardarlo y completarlo en etapas durante 7 días contados desde la fecha en que concluyó la Etapa 1. En ese lapso puede corregir los campos que considere necesario.

Recomendamos **Guardar** la información de cada paso para evitar reescribirla en caso de interrupciones involuntarias o previstas.

Si desea realizar consultas o solicitar ayuda hágalo mediante Mensajes a SIIC ([www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php)).

#### Etapa 1 – Identificación

**1A.** Al entrar al sistema por primera vez escribirá su Nombre de Usuario (dirección de correo electrónico del autor) y su Número de Referencia ICE que figura en la invitación recibida como columnista experto. Luego pulse el botón **"Acceso a SSEA"**. Si no posee un Número de Referencia ICE, contáctese con Mensajes a SIIC.

La siguiente pantalla contiene la Introducción al Sistema

SSEA y sus pasos. Léala atentamente. Luego pulse **"Ingreso"** Escriba sus datos y siga las sencillas indicaciones del sistema y de estas Instrucciones.

**1B.** El autor designará a la persona que asumirá el seguimiento del proceso. Esta persona, Responsable del Proceso (RP), garantizará la comunicación con SIIC y viceversa, centralizará el vínculo con los eventuales coautores y facilitará la fluidez del vínculo con los supervisores que iniciarán su labor al concluirse la Remisión del Artículo. Durante los procesos Remisión del Artículo y Evaluación del Artículo, el/la RP se relacionará con el Coordinador Editorial de SIIC y con los supervisores que corresponda según el tema en análisis: normas de edición, científico, inglés biomédico, estilo literario, imágenes, informática y referatos externos. Aconsejamos mantener el/la RP mientras el artículo se encuentre en evaluación.

La tarea editorial culmina con la publicación del artículo aprobado o cuando se notifica al autor su desaprobación.

#### Etapa 2 – De los autores

##### 2.A. Datos Personales

###### Autor/es

Incluya los datos completos del autor principal (nombre completo, dirección postal y electrónica, título académico, la función y el lugar donde se desempeña profesionalmente, etc.).

###### Breve CV

Redacte un breve CV de alrededor de 100 palabras donde conste su nombre, título académico, posición actual, especialidad y los temas de investigación que le interesan.

##### 2.B. Complementos

###### Fotografía personal

Agregue su fotografía personal digitalizada en por lo menos 300 dpi ("*dots per inch*") en archivo JPG o TIFF.

Comuniquenos si le interesaría participar como revisor externo.

##### 2.C. Coautores

De contar con coautores, por favor, incluya también los datos completos respectivos. Pueden incluirse hasta diez autores.

##### 2.D. Artículos Editados

###### Artículos registrados en SIIC

Si ya es Columnista Experto de SIIC nuestra base de datos registra artículos suyos editados anteriormente en SIIC o en otras publicaciones. Si precisa corregir alguna cita puede hacerlo en ella.

###### Otros artículos de su autoría

Registre aquí y en los subsiguientes sectores de *Artículos editados* las citas de cada uno de los trabajos del autor principal que mejor expresen su especialización. Puede

indicar hasta 10 artículos editados. Recomendamos que sean lo más recientes posible.

Esta información, como la recogida en otras partes de SSEA, contribuirá a que el lector profundice el conocimiento del autor principal. Los trabajos editados en las colecciones virtuales de SIIC enlazan a las páginas de sus respectivos autores, elaboradas sin cargo alguno para ellos por el Departamento editorial de la institución.

#### 2.E. Carta de presentación

Podrá presentar el artículo mediante una carta amena, escrita en tono coloquial, en la que tendrá la posibilidad de sintetizar las principales conclusiones del estudio y describir brevemente situaciones especiales acontecidas durante la investigación.

Si el autor lo desea, incluirá el nombre de los coautores y los reconocimientos que considere adecuados. Por favor, diríjela a *Director Editorial de SIIC*.

#### Etapa 3 - Del artículo

##### TiPos de Artículos

El autor elegirá el formato apropiado para el contenido que intenta difundir. Los artículos de publicaciones científicas se distribuyen en los siguientes tipos principales (**Artículos originales, artículos de revisión y metanálisis, informes de opinión**, artículos descriptivos [casos clínicos, estudios observacionales, informes breves, comunicaciones especiales, etc.], artículos de consenso y normas clínicas prácticas, correspondencia, reseñas de libros o de artículos publicados en otras fuentes).

En estas Instrucciones consideramos los dos primeros.

##### Artículo Original

Los artículos que describen los resultados de investigaciones originales, por ejemplo estudios aleatorizados y controlados, estudios de casos y controles, estudios observacionales, series de casos (clínico o preclínico *in vitro*, *in vivo*, *ex vivo*, *in silico*), deben constar de Resumen, Introducción, Materiales y Métodos, Resultados y Conclusiones. La Introducción es una breve referencia a las generalidades del tema por abordar y a su importancia. La última frase de la Introducción debe estar referida a lo que los autores van a presentar o describir.

...

Instrucciones completas en:

[www.siic.info/ssea/instrucciones\\_sic\\_web.php](http://www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php)

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: [www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php), al teléfono 0054-11-4702-1011.

(Versión SSEA, ua61019)

SOIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (SIIC)

## Instruções para os autores

### Pedido de apresentação

Os autores interessados em apresentar um artigo para avaliação e posterior edição nas publicações da Sociedade Iberoamericana de Informação Científica (SIIC) deverão acessar [www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php) onde preencherão um formulário chamado **Apresentação Preliminar**.

Imediatamente após o preenchimento e envio do formulário receberão uma **Carta-Convite**.

### Processos da edição

#### Processo 1 – Aceitação do convite

O autor aceita o convite para apresentar um artigo sobre o tema de seu interesse. Este processo de uma só etapa pede alguns poucos dados profissionais e outros relacionados ao artigo que o autor se compromete a concluir em uma determinada data.

Estes dados irão difundir antecipadamente o trabalho e a provável data de sua publicação. Esclarece-se ao autor que isso acontece quando obtiver a aprovação.

#### Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Processo de Envio

Você entrou no **Processo de Envio** de seu artigo.

**Importante:** Você pode preencher o formulário de uma vez ou salvá-lo e concluí-lo em etapas ao longo de 7 dias a partir da data de conclusão da Fase 1. Nesse lapso de tempo pode editar os campos conforme necessário.

Recomendamos **Salvar** a informação a cada passo para evitar ter que reescrever no caso de interrupções involuntárias ou previstas.

Se você tiver dúvidas ou quiser pedir ajuda faça-o por meio de Mensajes a SIIC ([www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php)).

#### Etapa 1 - Identificação

**1A.** Ao entrar no sistema por primeira vez escreva o seu Nome de Usuário (e-mail do autor) e o número de referência ICE que está no convite recebido como colunista especialista. Em seguida, pressione o botão **"Acceso a SSEA"**. Se não possuir um Número de Referência ICE, entre em contato com Mensajes a SIIC.

A próxima tela contém a Introdução ao Sistema SSEA e seus passos. Leia atentamente. Em seguida, pressione "Entrada". Introduza os seus dados e siga as indicações simples do sistema e das Instruções.

...

Instruções completas na:

[www.siicsalud.com/instruccoes\\_sic\\_web.php](http://www.siicsalud.com/instruccoes_sic_web.php)

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com [expertos.siic@siicsalud.com](mailto:expertos.siic@siicsalud.com), ou por telefone 0054-11-4702-1011.

(Versão SSEA, n0613).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

## Guidelines for authors

### Presentation requirement

Those authors who wish to submit an article for evaluation and publication in the Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) should access [www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php](http://www.siicsalud.com/presentacionpreliminar.php) and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

Immediately after completing and sending the form, you will receive an **Invitation Letter**

The authors do not pay any form of fee to present their articles in SIIC's printed or virtual publications, and neither are the costs of editorial production transferred to the authors.

### Editing Processes

#### Process 1 - Invitation Acceptance

The author accepts the invitation to write an article about a subject of his/her interest.

This one-stage process requires certain professional details and others related to the articles that the author pledges to provide by a stipulated date.

These details will allow the paper to be disseminated in advance with its probable date of publication, while ensuring the reader that that will only occur upon obtaining approval.

#### Process 2 - Submission of the Article

Authors will submit their articles on line at [www.siic.info/ssea](http://www.siic.info/ssea)

#### Submission Process

You have accessed the **Submission Process** for your article

#### Important:

You can complete this form at a time or you can save it and complete it at different moments over 7 days. This period starts when the author finishes Stage 1. During this period you can make those corrections you consider necessary.

We recommend that you Save the information at each stage to avoid having to enter it again in case of involuntary interruptions.

If you wish to ask for help or you have any questions, please write to Mensajes a SIIC ([www.siicsalud.com/main/sugerencia.php](http://www.siicsalud.com/main/sugerencia.php)).

#### Stage 1 – Identification

**1A.** When you first access the System you will write your User Name (email address of the author) and your Reference ICE Number that appears in the invitation received as expert columnist. Then, please click the button **"Access to SSEA"**. If you do not have a Reference ICE Number, contact Mensajes a SIIC

The next page contains the Introduction to the SSEA System and its stages. Read it carefully. Then click **"Enter"**. Write your personal data and follow the easy instructions given by the system and these Guidelines

....

Complete guidelines in:

[www.siicsalud.com/guidelines\\_sic\\_web.php](http://www.siicsalud.com/guidelines_sic_web.php)

For further information or inquiries, please contact [expertos.siic@siicsalud.com](mailto:expertos.siic@siicsalud.com) or call to telephone number 0054-11-4702-1011.

(SSEA version, ua61019).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).



Programa  
**Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE)  
para Residentes de la Argentina**

[www.siicsalud.com/residentes](http://www.siicsalud.com/residentes)  
en castellano; amigable, confiable.

siicsalud para y por Residentes  
se actualiza diariamente;  
se ordena en 7 secciones,  
19 subsecciones y 480 capítulos;

edita un boletín semanal  
(*newsletters*) para médicos jóvenes;  
incluye miles de artículos  
seleccionados de SIIC *Data Bases*.

**Inscríbete en**

[www.siicsalud.com/residentes/instructivo\\_inscripcion.pdf](http://www.siicsalud.com/residentes/instructivo_inscripcion.pdf)



Lanzamiento del Programa ACisE para las provincias del litoral de la Argentina,  
Universidad Nacional de Rosario (23 de mayo de 2012).

Los programas ACisE de la Fundación SIIC cuentan con el respaldo de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC); declarados de Interés Nacional por Presidencia de la Nación (940/13), son oficialmente reconocidos por su utilidad y calidad por los ministerios de Salud (Res. Nº 1058/10 y 1258/12), Ciencia y Tecnología ( Res. Nº 266/09 y 747/13) y Educación (Res. Nº 529SPU/09 y 1891SPU /12) de la Nación.

Participan en los programas ACisE universidades nacionales, hospitales referenciales, asociaciones profesionales, empresas públicas y privadas y organismos de gobierno de América Latina.

siicsalud para y por residentes

# contribuye con tu formación profesional



[www.siicsalud.com/residentes](http://www.siicsalud.com/residentes)  
en castellano; amigable, confiable.

Inscribite en

[www.siicsalud.com/residentes/instructivo\\_inscripcion.pdf](http://www.siicsalud.com/residentes/instructivo_inscripcion.pdf)