

Criterios actuales en la medicina transfusional perioperatoria

A partir de la premisa de transfundir con mejor criterio, se desarrolla el concepto de Patient Blood Management, cuya esencia es la óptima preparación del paciente, la minimización del sangrado y las pérdidas hemáticas durante la cirugía, así como la optimización de la reserva fisiológica en el posoperatorio.

Juan V. Llau Pitarch, Experto invitado, Valencia, España (pág. 140)

Artículos originales (pág. 118-139)

Contrapuntos científicos (pág. 152-154)

Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión

R. León de la Fuente, Luz Don, Argentina

Papelnet SIIC (pág. 155)

Función plaquetaria y resistencia a la aspirina

S. Fairley, Nueva Zelanda

Casos clínicos (pág. 156-159)

Tumor neuroectodérmico primitivo endometrial con metástasis bilateral en mama

R. Guerrero Cauqui, España

Entre expertos (pág. 160-164)

Acinetobacter baumannii como causa de bacteriemia
G. Aguirre-Avalos, México; M.T. Rosanova, J.G. Rial, Argentina y Uruguay

Artículos revisiones (pág. 140-151)

Crónicas de autores (pág. 165-175)

Ingesta y riesgo nutricional en adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario

E. Aparicio, España

Red Científica Iberoamericana (pág. 176-188)

Un cuestionario para evaluar actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado

S.G. Stepanosky, Argentina

Colegas informan (pág. 191-194)

Cartas a SIIC (pág. 196)

Salud al margen (pág. 198)



Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC)

SIIC edita, en castellano, portugués e inglés, información científica relacionada con la medicina y la salud.

SIIC provee información especializada a profesionales, instituciones educativas, asociaciones científicas y empresas públicas y privadas de la salud de Iberoamérica y el mundo.

Desde 1980 fomenta nuestros principales idiomas como lenguas de intercambio científico y cultural entre los pueblos de Iberoamérica.

Cuenta con la experiencia y organización necesarias para desplegar su labor, reconocida por profesionales, entidades oficiales, asociaciones científicas, empresas públicas y privadas de Iberoamérica y el mundo.

Promociona la producción de la investigación científica en el ámbito de los países de la región. Contribuye a su difusión por los medios propios y de otras entidades científicas.

Publica artículos inéditos (originales, revisiones, entrevistas, comentarios, etcétera) escritos por investigadores de la Argentina y el extranjero. Elige e invita prestigiosos profesionales del mundo para

que expongan sobre temas relacionados con sus áreas de especialización.

Creó y desarrolló el Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA) a través del cual los autores presentan sus artículos científicos para su evaluación y posterior publicación en las colecciones periódicas de SIIC. La totalidad de los trabajos publicados atraviesa el proceso de revisión externa.

El Consejo Editorial, sus consejeros y colaboradores de SIIC son expertos de reconocida trayectoria nacional e internacional, que asesoran sobre los contenidos y califican los acontecimientos científicos, destacando los principales entre la oferta masiva de información.

Dispone de un escogido comité de médicos redactores perfeccionado en la interpretación de textos científicos y su difusión objetiva.

Creó SIIC *Data Bases* (SIIC DB), base de datos que clasifica en castellano, portugués e inglés publicaciones periódicas biomédicas de Iberoamérica y el mundo cuyos contenidos científicos y procesos editoriales contemplan las normas de calidad exigidas por SIIC.

SIIC DB contiene los artículos apropiados

para la lectura y formación permanente de los profesionales de la salud de habla hispana y portuguesa.

SIIC DB es citada por instituciones y publicaciones estratégicas junto con las más importantes bases de datos médicas.

Coordina y produce, juntamente con la Fundación SIIC para la promoción de la ciencia y la cultura, los programas Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE), para profesionales de la salud, y jóvenes profesionales, residentes de hospitales públicos de la Argentina (ACiSERA), la Red Científica Iberoamericana y el Ciclo Integración Científica de América Latina (CicAL), desarrollado en conjunto con embajadas latinoamericanas en la Ciudad de Buenos Aires.

Es adjudicataria de la licitación pública nacional de mayo de 2015 para la provisión y actualización de contenidos especializados del programa CiberSalud, administrado por la Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), con el patrocinio de los ministerios nacionales de Salud y Planificación de la Argentina.

Constituyó en 1992 la Red Internacional de Corresponsales Científicos, actualmente

integrada por más de 200 profesionales, cuya misión es recoger información en el lugar y el momento en que se produce.

Se relaciona con los medios científicos estratégicos para obtener sin demora las comunicaciones especializadas que sus actividades requieren.

Es pionera en la generación de sistemas informatizados para la producción y distribución instantánea de información científica.

Creó obras innovadoras como Salud(i) Ciencia, Epidemiología y Salud, Medicina para y por Residentes, Salud Argentina, Trabajos Distinguidos, Temas Maestros, Quid Novi?, Acontecimientos Terapéuticos, Trabajos Clave, Guías Distinguidas, Conferencias Relevantes, Entrevistas a Expertos, Artículos Comentados, Informes Destacados, Excelentes Residentes, Actualizaciones Científicas, Hallazgos Científicos, Novedades Destacadas, Selectas por Especialidad y SIIC En Internet (www.sicisalud.com, www.saludpublica.com, www.insicinia.com).

SIIC En Internet es la expresión concreta de la evolución y desarrollo permanente de la organización.

SIIC publica informação científica relacionada com a medicina e a saúde em castelhano, português e inglês.

SIIC fornece informação especializada a profissionais, instituições educacionais, associações científicas e empresas de saúde, públicas e privadas da Ibero-América e do mundo.

Desde 1980 que incentiva nossos principais idiomas como línguas de intercâmbio científico e cultural entre os povos da Ibero-América.

Tem a experiência e organização necessárias para implantar o seu trabalho reconhecido por profissionais, agências oficiais, associações científicas, empresas públicas e privadas na Ibero-América e no mundo.

Promove a produção de investigação científica nos países da região. Contribui para sua difusão por meios próprios e de outras organizações científicas.

Publica artigos inéditos (originais, revisões, entrevistas, comentários, etc.) escritos por pesquisadores da Argentina e do exterior. Escolhe e convida profissionais de prestígio mundial para expor as questões relacionadas com as suas áreas de especialização.

Criou e desenvolveu o Sistema SIIC de Edição Assistida (SSEA), através do qual os autores apresentam seus trabalhos científicos para avaliação e posterior publicação nas coleções periódicas de SIIC. Todos os trabalhos publicados passam pelo processo de revisão externa.

O Conselho Editorial, seus conselheiros e os colaboradores de SIIC são especialistas com experiência nacional e internacional, que assessoram sobre o conteúdo e qualificam os eventos científicos destacando os principais entre a oferta maciça de informação.

Tem um comité escolhido de médicos redatores, especializados na interpretação de textos científicos e suas difusões objetivas.

Criou SIIC *Data Bases* (SIIC DB), banco de dados que classifica em castelhano, português e inglês as revistas biomédicas da Ibero-América e do mundo, cujos conteúdos científicos e processos editoriais contemplan os padrões de qualidade exigidos por SIIC.

SIIC DB contém os artigos apropriados para a leitura e formação permanente dos

profissionais de saúde de língua espanhola e portuguesa.

SIIC DB é citado por instituições e publicações estratégicas junto aos principais bancos de dados médicos.

Coordena e produz em conjunto com a Fundação SIIC para a promoção da ciência e cultura, os programas de Atualização Científica sem Excluídos (ACiSE) para profissionais de saúde, e jovens profissionais, residentes de hospitais públicos na Argentina (ACiSERA), a Rede Científica Ibero-Americana e o Ciclo de Integração Científica da América Latina (CicAL), desenvolvido em conjunto com as embaixadas latinoamericanas em Buenos Aires.

Adjudicatário da licitação pública nacional de maio de 2015 para o fornecimento e atualização de conteúdos especializados do programa CiberSalud, administrado pela Organização dos Estados Ibero-Americanos (OEI) patrocinado pelos ministérios nacionais de Saúde e Planejamento da Argentina.

Constituiu em 1992 a Rede Internacional de Correspondentes Científicos, que atualmente compreende mais de 200

profissionais cuja missão é coletar informações no local e no momento em que estas acontecem.

Está relacionada com os meios científicos estratégicos para obter sem atraso as comunicações especializadas que suas atividades requerem.

É pioneira na geração de sistemas informatizados para a produção e distribuição instantânea de informação científica.

Criou obras inovadoras tais como Salud(i) Ciencia, Epidemiología y Salud, Medicina para y por Residentes, Salud Argentina, Trabajos Distinguidos, Temas Maestros, Quid Novi?, Acontecimientos Terapéuticos, Trabajos Clave, Guías Distinguidas, Conferencias Relevantes, Entrevistas a Expertos, Artículos Comentados, Informes Destacados, Excelentes Residentes, Actualizaciones Científicas, Hallazgos Científicos, Novedades Destacadas, Selectas por Especialidad e SIIC En Internet (www.sicisalud.com, www.saludpublica.com, www.insicinia.com).

SIIC En Internet é a expressão concreta da evolução e desenvolvimento permanente da organização.

SIIC edits scientific information related to the fields of medicine and health in Spanish, Portuguese and English.

SIIC provides specialist information to professionals, educational institutions, scientific associations and public and private health enterprises in Ibero-America and the world in general.

Since 1980 it has been promoting our most widely spoken languages as languages of scientific and cultural exchange between the peoples of Ibero-America.

It has the appropriate experience and organization to promote its work, which is recognized by professionals, official bodies, scientific associations, and by public and private enterprises from Ibero-America and around the world.

It promotes the production of scientific research in the countries of the region and assists in disseminating such research itself or through other scientific bodies.

It carries previously unpublished articles (which may be original, reviews, interviews, commentaries, etc.) written by researchers from both Argentina and abroad. It selects and invites prestigious international professionals to lecture

on topics related to their areas of specialization.

It created and developed the *Sistema SIIC de Edición Asistida* (SSEA) through which authors present their scientific articles for evaluation and subsequent publication in SIIC's periodic collections. All published papers undergo an external review.

The Editorial Board, its members and all those working with SIIC are national and international experts who are recognized in their fields. They offer advice as to contents and assess scientific developments, highlighting the most important ones from among the enormous supply of information.

It has a select committee of doctors-editors who are highly qualified in interpreting scientific texts and their target audiences.

It created SIIC *Data Bases* (SIIC DB), a data base that classifies in Spanish, Portuguese and English periodic biomedical publications from Ibero-America and elsewhere in the world with scientific contents and editorial processes that meet the quality standards demanded by SIIC.

SIIC DB contains articles that are recommended for reading by Spanish- and

Portuguese-speaking health professionals, or for their on-going development.

SIIC DB is mentioned by leading institutions and publications together with the most important medical data bases.

Together with the Fundación SIIC for the promotion of science and culture it coordinates and produces the programs *Actualización Científica sin Exclusiones* (ACiSE), for healthcare professionals, and young professional, residents in public hospitals in Argentina (ACiSERA), the *Red Científica Iberoamericana* and the *Ciclo Integración Científica de América Latina* (CicAL), developed jointly with Latin American embassies in the city of Buenos Aires.

Winner of the national public bidding process of May 2015 for the provision and updates of specialized contents on the CiberSalud program, administered by the Organization of Ibero-American States (OEI) with the sponsorship of the national ministries of Health and Planning of Argentina.

In 1992, it created the International Network of Science Correspondents, which now comprises over 200 professionals,

whose mission is to gather information at the time and place it is produced.

It is in permanent contact with strategic scientific media in order to obtain without delay the specialized communications that its activities require.

It is a pioneer in generating computerized information systems for the production and immediate distribution of scientific information.

It has developed innovative projects such as *Salud(i) Ciencia, Epidemiología y Salud, Medicina para y por Residentes, Salud Argentina, Trabajos Distinguidos, Temas Maestros, Quid Novi?, Acontecimientos Terapéuticos, Trabajos Clave, Guías Distinguidas, Conferencias Relevantes, Entrevistas a Expertos, Artículos Comentados, Informes Destacados, Excelentes Residentes, Actualizaciones Científicas, Hallazgos Científicos, Novedades Destacadas, Selectas por Especialidad e SIIC En Internet* (www.sicisalud.com, www.saludpublica.com, www.insicinia.com).

SIIC En Internet is the true expression of the permanent evolution and development of the organization.

Misión y Objetivos

Salud(i)Ciencia fomenta la actualización y formación científica continua de la comunidad médica de habla hispana y portuguesa. La revista acepta trabajos de medicina clínica, quirúrgica o experimental concernientes a todas las ciencias de la salud humana.

Edita aquellos trabajos cuya calidad es confirmada por los profesionales asesores que intervienen en la selección y juzgamiento de los documentos que se publican.

Salud(i)Ciencia publica sus contenidos en castellano, portugués e inglés siendo las dos primeras las lenguas predominantes de Iberoamérica, considerándolas irremplazables en la transmisión y comprensión unívoca para el estudio y la actualización científica de la mayoría de los profesionales que habitan la región.

Los artículos de autores brasileños o portugueses se editan en su lengua, traduciéndose al castellano los términos o frases de difícil o controvertida interpretación para la población hispanohablante.

Salud(i)Ciencia publica artículos originales, revisiones, casos clínicos, estudios observacionales, crónicas de autores, entrevistas a especialistas y otros documentos.

Invita a destacados autores de todo el mundo que presenten sus trabajos inéditos a la comunidad biomédica que la revista abarca en su amplia distribución territorial y virtual.

La revista adhiere a los principales consensos y requisitos internacionales que regulan la producción autoral y editorial de documentación científica biomédica. Somete su contenido a revisión científica, externa e interna.

Cada trabajo inédito de Salud(i)Ciencia es evaluado por un mínimo de dos revisores científicos externos (*peer review*), quienes juzgan la trascendencia científica, la exactitud técnica, el rigor metodológico, la claridad y la objetividad de los manuscritos.

Los revisores del contenido de Salud(i)Ciencia, pertenecientes o provenientes del ambiente académico, no reciben compensación económica por sus colaboraciones científicas.

Los autores desconocen los nombres de sus evaluadores.

Salud(i)Ciencia sostiene su compromiso con las políticas de Acceso Abierto a la información científica, al considerar que tanto las publicaciones científicas como las investigaciones financiadas con fondos públicos deben circular en Internet en forma libre, gratuita y sin restricciones.

Salud(i)Ciencia ratifica el modelo Acceso Abierto en el que los contenidos de las publicaciones científicas se encuentran disponibles a texto completo libre y gratuito en Internet, sin embargos temporales, y cuyos costos de producción editorial no son transferidos a los autores. Esta política propone quebrar las barreras económicas que generan inequidades, tanto en el acceso a la información como en la publicación de resultados de investigaciones.

Los trabajos de las secciones *Artículos originales* y *Artículos revisiones* se editan en castellano o portugués acompañados, en ambos casos, con las respectivas traducciones de sus resúmenes al inglés (*abstracts*).

Los estudios presentados en inglés por autores extranjeros son traducidos al castellano o portugués por los profesionales biomédicos que integran el cuerpo de traductores especializados de la institución. Estas versiones son sometidas a controles literarios, científicos (internos y externos), lingüísticos y editoriales diversos que aseguran la fiel traducción de los textos originales.

La breve sección *Colegas informan* edita resúmenes objetivos en castellano de novedades seleccionadas provistas por editoriales colegas del mundo, con menciones específicas de ellas.

Salud(i)Ciencia ofrece un listado de eventos científicos del país y el mundo recomendados por SIIC.

La página *Salud al margen*, ubicada al final de la revista, recoge textos afines a la medicina y la salud humanas de otras áreas del conocimiento.

El contenido científico de Salud(i)Ciencia es responsabilidad de los autores que escribieron los textos originales.

Los anunciantes que contratan las páginas donde se publican los avisos publicitarios son los únicos responsables de la información que contienen.



Las obras de arte de la presente edición han sido seleccionadas de SIIC *Art Data Bases*

Imagen de tapa: Javier G. Vidal, «Conexiones 12» técnica mixta sobre aluminio, 2012.

Imágenes: Pág. 160 - Armando Andrés de Armas Gil, «Aranjues V», arte digital, 2011; pág. 176 - Helga Zeitz, «Estudiante», detalle, óleo sobre tela, 2014; pág. 179 - Leonardo Herrera, «Estudio 1 para sed y hambre», óleo sobre tela, 2009; pág. 182 - Arturo Rivera, «El mosco», óleo sobre tela, 40x53 cm, 2003.

En cada artículo el lector hallará uno de estos símbolos:



Información adicional en www.siicsalud.com:
otros autores, conflictos de interés, etc.



Artículo completo en www.siic.info

Descripción administrativa

SIIC publica ocho números por volumen comprendido entre marzo del año en curso y abril del siguiente. Los ejemplares se distribuyen por correo aéreo o de superficie a los suscriptores de Iberoamérica y el Resto del mundo.

Reproducciones de contenido

Las fotocopias o reproducción del contenido parcial o total de Salud(i)Ciencia están permitidas para uso exclusivamente personal en la medida que el solicitante respete la legislación nacional e internacional de derechos de autor.

Los interesados que requieran múltiples reproducciones o copias sistemáticas de artículos o segmentos de la revista Salud(i)Ciencia, con fines comerciales, educativos o personales, deberán comunicarse previamente con Investigación+Documentación S.A.: i+d@siicsalud.com, tel.: +54 11 4343 5767.

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC),

Avda. Belgrano 430, 9º Piso (C1092AAR), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel.: +54 11 4342 4901.

Prohibida su reproducción total o parcial. Registro Nacional de la Propiedad Intelectual 497794. Hecho el depósito que establece la Ley 11723.

Impreso en el mes de agosto 2016 en G.S. Gráfica, Charlone 958, Avellaneda, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Salud*i*Ciencia

órgano oficial de la

Sociedad Iberoamericana de Información Científica
(SIIC)

Año XXII, Volumen 22, Número 2 - Agosto 2016

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



La revista Salud(i)Ciencia cuenta con el respaldo formal de los ministerios de Ciencia y Tecnología (Resolución N° 266/09), Educación (Res. N° 529SPU) y Salud (Res. N° 1058) de la República Argentina. Salud(i)Ciencia forma parte del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE) de la Fundación SIIC *para la promoción de la ciencia y la cultura*. ACisE es patrocinado por gobiernos provinciales, universidades nacionales, instituciones científicas y empresas públicas y privadas de la Argentina y América Latina. Salud(i)Ciencia integra la Asociación Argentina de Editores Biomédicos

Salud(i)Ciencia es indizada por

Catálogo Latindex, Elsevier Bibliographic Databases, Embase, Google Scholar, Latindex, LILACS, Scimago, Scopus, SIIC Data Bases, Núcleo Revistas Científicas Argentinas (CONICET – CAICYT), Ulrich's Periodical Directory y otras



**Sociedad Iberoamericana
de Información Científica**

Rafael Bernal Castro
Director Editorial

Prof. Rosa María Hermitte
Directora PEMC-SIIC

Consejo Editorial (*Editorial Board*)

Programa SIIC de Educación Médica Continuada (PEMC-SIIC)

- * **Prof. Dr. Elías N. Abdala**, Psiquiatría, Psiconeuroendocrinología. Profesor Titular, Universidad del Salvador, Buenos Aires (BA), Argentina (Arg.).
- * **Dr. Miguel Allevato**, Prof. Adj. Cátedra de Dermatología Facultad de Medicina (UBA); Jefe del Servicio de Dermatología del Hospital de Clínicas (UBA); Presidente Sociedad Argentina de Dermatología (2012-2014); Profesor Titular de Dermatología, Fundación Barceló, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Michel Batlouni**, Cardiología. Professor de Pós-Graduação em Cardiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, San Pablo, Brasil.
- * **Prof. Dr. Pablo Bazerque**, Farmacología. Profesor Extraordinario Emérito, Universidad de Buenos Aires (UBA), BA, Arg.
- * **Dra. Daniela Bordalejo**, Psiquiatría, Medicina Legal. Miembro del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Itzhak Brook**, Pediatría. Profesor de Pediatría, Departamento de Pediatría, Georgetown University School of Medicine, Washington DC, EE.UU.
- * **Dr. Oscar Bruno**, Endocrinología. Profesor Titular Consulto de Medicina, Facultad de Medicina, UBA; Director Científico TD Neuroendocrinología, BA, Arg.
- * **Dr. Rafael Castro del Olmo**, Traumatología. Hospital Universitario de la Clínica de la Virgen de la Macarena, Sevilla, España.
- * **Dr. Juan C. Chachques**, Cirugía Cardiovascular. Director de Investigación Clínica y Quirúrgica del Departamento de Cirugía Cardiovascular de los Hospitales Pompidou y Broussais, París, Francia.
- * **Dr. Boonsri Chanrachakul**, Obstetricia. Profesor Adjunto y Consultor, Especialista en Medicina Materno Fetal; Division of Maternal Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Ramathabodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Tailandia.
- * **Dr. Luis A. Colombato (h)**, Gastroenterología, Hepatología. Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital Británico de Buenos Aires, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Dalmo Correia Filho**, Infectología y Medicina Tropical. Editor de la revista brasileira de Medicina Tropical. Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (1993) e Doutorado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais (2000); Professor Associado-III da Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Minas Gerais, Brasil.
- * **Prof. Dr. Carlos Nery Costa**, Infectología. Profesor Regular Titular, Departamento de Medicina Tropical, integrante del laboratorio de Leishmaniose del Instituto de Doenças Tropicais Natan Portella; miembro titular, Departamento de Medicina Comunitaria, Univesidade Federal de Piauí, Teresina, Brasil.
- * **Dr. Carlos Crespo**, Cardiología. Consultor del Servicio de Cardiología, Hospital Italiano Garibaldi, Rosario, Arg.
- * **Dr. Carlos Damin**, Toxicología. Ex Secretario de la Comisión Nacional de Ética Biomédica, Ministerio de Salud de la Nación. Subdirector Médico del Hospital de Gastroenterología Carlos Bonorino Udaondo, BA, Arg.
- * **Dr. Jorge Daruich**, Hepatología. Jefe de Hepatología, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA; Director Científico Colección Temas Maestros (TM) Hepatitis, BA, Arg.
- * **Prof. Dra. Perla David Gálvez**, Pediatría. Profesora Asociada de Pediatría, División Ciencias Médicas Sur; Neuróloga Infantil, Unidad de Neurología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- * **Dr. Eduardo de la Puente**, Farmacología, Medicina Farmacéutica. Miembro de la Comisión Directiva de SAMEFA, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Raúl A. de los Santos**, Clínica Médica. Director Profesor Consulto, Departamento de Medicina Interna, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dra. Blanca Diez**, Pediatría. Comité de Oncología, Sociedad Argentina de Pediatría, BA, Arg.
- * **Dr. Ricardo Drut**, Anatomía Patológica y Pediatría. Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Arg.
- * **Dr. Gastón Duffau Toro**, Pediatría. Profesor Titular de Pediatría, Director de Investigación para Médicos en el Programa de Especialización en Pediatría; Presidente de la Comisión de Evaluación Académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- * **Dr. Juan Enrique Duhart**, Medicina Interna. Profesor consultor, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dr. Roberto Elizalde**, Ginecología. Presidente de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; Director Científico TD Obstetricia y Ginecología, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Miguel Falasco †**, Clínica Médica. Vicepresidente de la Asociación Médica Argentina; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Germán Falke**, Pediatría. Profesor Consulto, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Andrés J. Ferreri**, Oncología. Departamento de Radioquimioterapia, Direttore dell'Unità Linfomi presso Istituto Scientifico San Raffaele, Milán, Italia.
- * **Dr. Pedro Forcada**, Cardiología. Ex Jefe de Cardiología del Sanatorio Quilmes y de la Unidad Coronaria del Área de Medicina Crítica del Sanatorio Metropolitano. Médico, Servicio de Cardiología, Hospital Austral, BA, Arg.
- * **Dr. Juan Gagliardi**, Cardiología. Coordinador de Unidad Coronaria de la Clínica del Sol; Director Científico TD Factores de Riesgo, BA, Arg.
- * **Dr. J. G. de la Garza Salazar**, Oncohematología. Ex Presidente del Instituto Nacional de Cancerología, México DF, México.
- * **Dra. Estela Raquel Giménez**, Toxicología Clínica, Farmacovigilancia. Presidenta Honoraria de Sociedad Argentina de Farmacovigilancia; Consultora Honoraria, Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez; Profesora Consulta, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Prof. Dra. María Esther Gómez del Río**, Profesora Titular, Maestría en Tecnología de los Alimentos, Facultad de Farmacia y Bioquímica, UBA, BA, Arg.
- * **Dra. Rosália Gouveia Filizola**, Endocrinología. Profesora Adjunta IV de Endocrinología, Hospital Universitário Lauro Wanderley; Universidad Federal da Paraíba UFPB, Joao Pessoa, Brasil.
- * **Prof. Dr. Alcides Greca**, Clínica Médica. Profesor Titular de la 1ª Cátedra de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dra. Liliانا Grinfeld †**, Cardiología. Ex Presidente y actual miembro de la Fundación Cardiológica Argentina; Jefe del Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista, Hospital Italiano; Consultora Honoraria Fundación Favaloro, BA, Arg.; Reviewer de la American Heart Association, Dallas, EE.UU.
- * **Prof. Em. Dr. Vicente Gutiérrez Maxwell**, Cirugía. Director Honorario, Centro de Entrenamiento, Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Carlos A. Bocalandro; Académico Titular, Academia Nacional de Medicina, BA, Arg.
- * **Dr. Alfredo Hirschon Prado**, Cardiología. Rosario; Director Ejecutivo TD Cardiología, BA, Arg.
- * **Dr. Rafael Hurtado Monroy**, Hematología. Hematólogo titular, Director General Hematología-Oncología, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México DF, México.
- * **Dr. Mark R. Hutchinson**, Medicina del Deporte, Cirugía Ortopédica. Director del Servicio de Medicina del Deporte, Universidad de Illinois, Department of Orthopaedics, Chicago, EE.UU.
- * **Prof. Dr. Roberto Iérmoli**, Clínica Médica. Profesor Titular de la 4ª Cátedra de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. León Jaimovich**, Dermatología. Maestro de la Dermatología, Ex Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Gary T. C. Ko**, Endocrinología. Director del Centro Endocrinológico y de Diabetes, Departamento de Medicina, Nethersole Hospital, Tai Po, NT, Hong Kong, China.
- * **Dra. Vera Koch**, Pediatría. Jefe de Unidad de Nefrología Pediátrica; Instituto da Criança, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidad de São Paulo, San Pablo, Brasil.
- * **Dr. Miguel A. Largaía**, Pediatría. Jefe de División Neonatología, Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, BA, Arg.
- * **Dr. Oscar Levalle**, Endocrinología. Jefe del Servicio de Endocrinología, Área de Investigación del Comité Docencia e Investigación, Hospital Durand; Director de la Carrera de Endocrinología, Facultad de Medicina, UBA; Director Científico Claves de Endocrinología, BA, Arg.

- * **Dr. Daniel Lewi**, Oncología. Servicio de Oncología, Hospital General de Agudos Dr. J. A. Fernández; Director Científico TD Oncología, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Antonio Lorusso**, Ginecología y Mastología. Profesor Titular Consulto de Ginecología de la Facultad de Medicina de la UBA; Ex Director Médico de Lalcec; Director Honorario de la Escuela de Obstetricia y Ginecología de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, BA, Arg.
- * **Dr. Javier Lotterberger**, Decano, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Arg.
- * **Prof. Dr. Néstor P. Marchant**, Psiquiatría. Ex Director Hospital Braulio Moyano; Presidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Olindo Martino**, Infectología, Medicina Tropical. Ex Profesor Titular de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UBA; Académico Titular, Academia Nacional de Medicina, BA, Arg.
- * **Dr. Jorge Máspero**, Neumonología, Director de la Carrera de Especialista en Alergia e Inmunología, UBA; Ex Presidente Asociación Argentina de Alergia e Inmunología Clínica; Director Científico TM Asma, BA, Arg.
- * **Dr. Carlos Mautalén**, Endocrinología y Osteopatías Médicas. Médico Consultor de Osteopatías Médicas, Departamento de Endocrinología, Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Marcelo Melero**, Clínica Médica. Profesor Titular de Medicina Interna, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dr. José María Méndez Ribas**, Ginecología. Profesor Consulto de Ginecología (UBA), Médico de la 1ª Cátedra de Ginecología del Hospital de Clínicas José de San Martín; Director del Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. José Milei**, Clínica Médica. Profesor Titular de la 6ª Cátedra de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dr. Alberto Monchablón Espinoza**, Psiquiatría, Médico legista. Director del Curso Superior de Médicos especialistas en Psiquiatría, Unidad Académica Moyano (UBA); Vicepresidente de la Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP); Past vicepresidente Wernicke Kleist Leonhard Association; Director Médico, Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano; Profesor Regular Adjunto del Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA; Director Científico TD Salud Mental, BA, Arg.
- * **Dr. Oscar Morelli**, Nefrología. Sociedad Argentina de Medicina Interna; Hospital Francés, BA, Arg.
- * **Prof. Dra. Amelia Musacchio de Zan**, Psiquiatría. Directora de la Comisión de Psiquiatría del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM); Directora de la Carrera de Especialización en Psiquiatría, Unidad Académica Hospital Borda, Facultad de Medicina, UBA; Directora Científica Claves de Psiquiatría, BA, Arg.
- * **Dr. Angel Nadales**, Gastroenterología. Jefe del Departamento de Diagnóstico y del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Austral, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Roberto Nicholson**, Ginecología, Medicina de la Reproducción, Fertilidad y Esterilidad. Fundación E. Nicholson; Prof. Emérito UBA; Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Reproductiva; miembro de la Sociedad Argentina de Ginecología Endocrinológica y Reproductiva; miembro de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, BA, Arg.
- * **Dr. Yasushi Obase**, Dermatología y Alergia. Post doctoral fellow, Skin and Allergy Hospital, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finlandia; Second Department of Internal Medicine, Nagasaki University School of Medicine, Nagasaki, Japón.
- * **Dra. Beatriz Oliveri**, Osteología, Endocrinología. Investigadora Independiente en CONICET; Ex Jefa de Sección Osteopatías Médicas, División Endocrinología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Domingo Palmero**, Neumotisiología. Profesor Titular de Neumonología, Universidad del Salvador, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Omar J. Palmieri †**, Infectología. Profesor Titular Consulto de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Rodolfo Sergio Pasqualini**, Ginecología. Fundador y Director Médico, Instituto Médico Halitus, BA, Arg.
- * **Dr. Ricardo Pérez de la Hoz**, Cardiología. Jefe interino de la Unidad Coronaria del Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; Médico Ecocardiografista de la Clínica y Maternidad Suizo Argentina; Jefe de Laboratorio de Ecocardiografía y Doppler del Sanatorio Otamendi, BA, Arg.
- * **Dr. Eduardo Pro**, Medicina Interna. Tecnología Educativa, Facultad de Medicina, UBA; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dr. Diaa E. E. Rizk**, Obstetricia y Ginecología. Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine and Health Sciences, United Arab Emirates University, Al-Ain, Emiratos Arabes Unidos; Chairman, Ethics Committee (EMAME); Prof. of Obstetrics and Gynaecology, Ain Shams University, El Cairo, Egipto.
- * **Prof. Dr. Guillermo Roccatagliata**, Pediatría. Profesor Titular y Director del Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, UBA; Coordinador de la Unidad Docente Académica (UDA), Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan; Director Científico TD Pediatría, BA, Arg.
- * **Dr. Gonzalo Rubio**, Oncología. Médico, Servicio de Oncología, Hospital Británico, Fundación Dr. Estévez, BA, Arg.
- * **Dra. Graciela B. Salis**, Gastroenterología. Directora del Curso de Posgrado de Gastroenterología, Universidad del Salvador, BA, Arg.
- * **Dr. Oscar Daniel Salomón**, Eco-epidemiología, Entomología Sanitaria. Doctor en Biología, Master in Public Health. Director, Instituto Nacional de Medicina Tropical, Ministerio de Salud de la Nación (INMeT). Investigador Principal, CONICET, Misiones, Arg.
- * **Dr. Ariel Sánchez**, Endocrinología, Genética. Centro de Endocrinología, Rosario, Arg.
- * **Dr. Amado Saúl Cano †**, Dermatología. Consultor Técnico del Servicio de Dermatología, Hospital General de México, México DF, México.
- * **Dra. Graciela Scagliotti**, Obstetricia. Docente Adscripta, Cátedra Obstetricia, UBA; Profesora Adjunta, Universidad Favaloro; Médica tocoginecóloga de planta, Servicio de Obstetricia, Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano; Directora Científica TD Obstetricia y Ginecología, BA, Arg.
- * **Prof. Dra. Elsa Segura**, Epidemiología. Instituto Fatała Chaben, Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas, BA, Arg.
- * **Dra. Sunita Sharma**, Farmacología. Lecturer in Pharmacology Department, Indira Gandhi Government Medical College & Mayo Hospital, Nagpur, India; médica interna en Rochester, Minnesota, EE.UU.
- * **Prof. Dr. Norberto A. Terragno**, Farmacología. Prof. Titular Consulto, Director Unidad de Farmacología Clínica, II Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Dra. Virginia Torres Schall**, Psicología. Mestre em Ciências Biológicas e Doutora em Educação, Pesquisadora Titular, Instituto Oswaldo Cruz/ Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.
- * **Prof. Dr. Roberto Tozzini**, Ginecología. Jefe de Servicio, Hospital Provincial del Centenario; Profesor Honorario y Director de Carreras de Posgrado, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Arg.
- * **Dr. Marcelo Trivi**, Cardiología. Jefe del Servicio de Cardiología Clínica, Instituto Cardiovascular de BA; Director Científico TD Cardiología, BA, Arg.
- * **Dr. José Vázquez**, Urología. Especialista Consultor en Urología, Médico de Planta y Jefe del área Andrología, División Urología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de Medicina, UBA; Director Científico TD Urología, BA, Arg.
- * **Dr. Juan Carlos Vergottini**, Clínica Médica. Profesor Titular de la 2ª Cátedra de Medicina Interna, Hospital San Roque, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba; miembro del Consejo Editorial TD Clínica Médica, BA, Arg.
- * **Dr. Eduardo Vega**, Osteopatías Médicas. Centro de Osteopatías Médicas de BA, BA, Arg.
- * **Prof. Dr. Alberto M. Woscoff**, Dermatología. Ex Profesor Titular de la Cátedra de Dermatología, Facultad de Medicina, UBA, BA, Arg.
- * **Dr. Roberto Yunes**, Psiquiatría. Director, Hospital Municipal Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, BA, Arg.
- * **Dr. Ezio Zuffardi**, Cardiología. Fundación Favaloro; Profesor de Cardiología, USAL, BA, Arg.

La nómina completa de miembros de los Comités de Expertos por Especialidad de SIIC puede consultarse en:
www.siic.salud.com/main/siicestr.htm

■ Artículos originales

Relación de la gravedad de la preeclampsia con su estado oxidativo

La preeclampsia es la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Las mujeres con preeclampsia grave presentan una reducción notoria en la capacidad antioxidante total plasmática.
L García Benavides

118

La infección respiratoria aguda no neumónica en menores de 5 años y las expectativas maternas en la atención clínica

La atención de infecciones respiratorias agudas bajo la concepción occidental del modelo biomédico resulta ajena y desconocida para las madres indígenas, que junto al desconocimiento de los agentes de salud de las percepciones y los entendimientos maternos indígenas, contribuyen a mantener la morbimortalidad de esta afección.

CI Salazar Villamarín, OA Ramos Valencia, AM Zuluaga, H Portela Guarín

124

Associação do (Asociación entre el) estado nutricional com a qualidade (y la calidad) de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Os números de novos casos de câncer vêm aumentando ao longo dos anos, fazendo com que esta doença esteja entre uma das mais (La cantidad de nuevos casos de cáncer aumentó a lo largo de los años, provocando que esta enfermedad se encuentre entre una de las más prevalentes no (en el) mundo.

Í Farias Cronemberger, C Sabino Pinho, M Campos Lima da Luz, I Marques Gomes da Rocha, L Alexandre de Souza

132

■ Artículos revisiones

Criterios actuales en la medicina transfusional perioperatoria

A partir de la premisa de transfundir con mejor criterio, se desarrolla el concepto de Patient Blood Management, cuya esencia es la óptima preparación del paciente, la minimización del sangrado y las pérdidas hemáticas durante la cirugía, así como el aprovechamiento y la optimización de la reserva fisiológica de cada sujeto en el posoperatorio.

JV Llau Pitarch, A Duca, R Ferrandis Comes, M Rosas

140

Las pesadillas como un síntoma clave para el diagnóstico de la psicopatología posaborto

Ante todo trastorno afectivo o conductual-desadaptativo, aparte de una evaluación integral de sus alteraciones, debe investigarse la presencia de pesadillas persistentes sobre temas abortivos, por ser éstas muchas veces el síntoma clave en la identificación de la reactividad posabortiva de los trastornos.

C Gómez Lavín, R Zapata García

147

■ Contrapuntos científicos

Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión

G Fábregues

R León de la Fuente (Hospital Papa Francisco,

Salta, Argentina)

L Don (Hospital San Martín, Paraná, Argentina)

152

154

■ Papelnet SIIC

Efectos viscerales y somáticos de la diabetes materna sobre el desarrollo fetal

La hiperglucemia materna aumenta la morbimortalidad perinatal. El aumento de la adiposidad fetal redundante en efectos a corto plazo, así como complicaciones metabólicas a largo plazo.

J García-Flores

155

Función plaquetaria y resistencia a la aspirina

La respuesta a la aspirina demostró una pronunciada variabilidad interevaluación, interindividual y temporal. Las evaluaciones repetidas que utilizan distintos ensayos son necesarias para diagnosticar de manera fiable la resistencia a la aspirina.

S Fairley

155

Associação entre condições crônicas de saúde (condiciones crónicas de salud), multimorbidade, e índice de massa corporal em idosos (en los enfermos)

As associações foram específicas ao sexo. Quando avaliadas separadamente (Cuando se evaluaron por separado), as doenças crônicas foram, em geral, associadas aos menores valores de IMC, exceto a depressão nos homens (con excepción de la depresión en los hombres).

AP Pimentel Coutinho

155

■ Casos clínicos

Tumor neuroectodérmico primitivo endometrial con metástasis bilateral en mama

El tumor neuroectodérmico primitivo del útero es una neoplasia extremadamente rara. Suele presentarse como sarcomas puros en mujeres posmenopáusicas como un sangrado vaginal irregular.

R Guerrero Cauqui, E Sánchez Legaza,

J Miranda Caravallo

156

■ Entre expertos

Acinetobacter baumannii como causa de bacteriemia

Ante la identificación de Acinetobacter baumannii como causa de bacteriemia, es necesario considerar los diferentes factores que influyen en la elección del tratamiento antimicrobiano, como la resistencia microbiana presente en determinada área geográfica. Además, es fundamental la implementación y adhesión a las medidas de control de infecciones.

G Aguirre Ávalos

MT Rosanova (entrevistadora)

J Grignola Rial (entrevistador)

160

161

■ Crónicas de autores

Ingesta y riesgo nutricional en adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario

E Aparicio

165

Mutações do BCR-ABL na leucemia mielóide crônica

KB Barbosa Pagnano

166

Estudio comparativo de la respuesta antipsicótica en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia

A González Rodríguez

168

Cognitive dysfunction in non-demented idiopathic parkinsonism

Disfunción cognitiva en pacientes con parkinsonismo idiopático sin demencia

J Basu

169

Urinary tract infection

Infecciones del tracto urinario

M Hachul

171

Diverse forms of bone disorders in connection with skeletal dysplasia

Diversas formas de alteraciones óseas asociadas con la displasia esquelética

A Al Kaissi

173

■ Red Científica Iberoamericana

Un cuestionario para evaluar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado

El concepto de cuidado como interacción personal y como acción terapéutica en sus cuatro dimensiones: asistir, investigar, educar y administrar. El objetivo de esta investigación fue construir un cuestionario que identifique las categorías de análisis con herramientas cualitativas y rastreo bibliográfico.

SG Stepanosky, AV Ocampo, AG Cragno,

EF Jouglard

176

La inocuidad alimentaria en la opinión de jóvenes universitarios mexicanos

Existe la necesidad de implementar campañas informativas y educativas a nivel nacional, que concienticen a la población en general sobre la importancia de la inocuidad alimentaria.

E Maldonado Simán, CC González Ariceaga

179

	Página	Página
Circulação do vírus da (del virus de la) encefalite de Saint Louis durante epidemia de dengue em Mato Grosso, Brasil		
<i>O vírus da (El virus de la) encefalite de Saint Louis genótipo V-A foi identificado em três pacientes co-infectados com o vírus da (con el virus del) dengue 4, um deles também com o (uno de ellos con el) vírus da dengue 1, e em uma fêmea (y en una hembra) de Culex quinquefasciatus na cidade (en la ciudad) de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, Centro-Oeste do Brasil.</i>		
<i>R Dezengrini Shhessarenko</i>	182	
Condicionantes para la atención primaria en una Posta de Salud Rural en el extremo sur de Chile		
<i>En un esfuerzo necesario, el Servicio de Salud Aysén dispuso que desde 2014 Villa O'Higgins contara con la presencia permanente de un médico general de zona y</i>		
<i>una odontóloga. Villa O'Higgins es un pueblo de unos 500 habitantes, ubicado en la Región de Aysén, Patagonia Austral de Chile, en la desembocadura del río Mayer hacia el Lago O'Higgins, junto a la frontera con Argentina.</i>		
<i>C Araya Vargas</i>		185
		191
		196
		197
		198

Table of contents

Originals

Relationship between oxidative stress and the severity of preeclampsia

Preeclampsia is the leading cause of maternal and perinatal mortality and morbidity. Women with severe preeclampsia present a marked reduction in total antioxidant capacity.

L García Benavides

118

Maternal expectations for the treatment of non-pneumonic acute respiratory infection in children under five years

Care of acute respiratory infections in the Western conception of the biomedical model is foreign to most indigenous mothers. This, together with the lack of health workers' perceptions and understandings of maternal knowledge, helps prevent improvement in the morbidity and mortality.

CI Salazar Villamarín, OA Ramos Valencia, AM Zuluaga, H Portela Guarín

124

Association between nutritional status and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy

The number of new cancer cases has increased over the years, placing this disease among the most prevalent worldwide.

Í Farias Cronemberger, C Sabino Pinho, M Campos Lima da Luz, I Marques Gomes da Rocha, L Alexandre de Souza

132

Revisions

Current opinions in perioperative transfusion medicine

Taking into account the need for better criteria in the final transfusion decision, the concept of "patient blood management" has been developed. Its main objective for the surgical patient is to optimise preparation in the preoperative period, to minimise blood loss and bleeding during surgery, as well as to optimise the physiological tolerance of anaemia in the postoperative period.

JV Llau Pitarch, A Duca, R Ferrandis Comes, M Rosas

140

Nightmares as a key symptom in diagnosing post-abortion psychopathology

In order to reach the desired efficiency in the diagnosis and treatment of post-abortion psychopathology, in all affective or adjustment disorders, the presence of abortion-related persistent nightmares should be taken into account or investigated, since they are often the key symptom in identifying post-abortive reactivity within the disorder.

C Gómez Lavín, R Zapata García

147

Scientific counterpoints

Controversies in hypertension diagnosis and management

G Fábregues

R León de la Fuente (Hospital Papa Francisco, Salta, Argentina)

152

L Don (Hospital San Martín, Paraná, Argentina)

154

SIIC Papelnet

155

Case reports

Endometrial primitive neuroectodermal tumour with bilateral metastases in breast

R Guerrero Cauqui, E Sánchez Legaza, J Miranda Caravallo

156

Expert to expert

Acinetobacter baumannii as the cause of bacteremia

G Aguirre Ávalos

MT Rosanova (interviewer)

160

J Grignola Rial (interviewer)

161

Author chronicles

165

Red Científica Iberoamericana (Ibero-American Scientific Net)

A questionnaire to assess attitudes to healthcare among nursing students

SG Stepanosky, AV Ocampo, AG Cragno, EF Jouglard

176

Food safety in the opinion of Mexican university students

E Maldonado Simán, CC González Ariceaga

179

Circulation of the Saint Louis encephalitis virus during a dengue epidemic in Mato Grosso, Brazil

R Dezengrini Shhessarenko

182

Conditioning factors in primary healthcare at a Rural Health Station in the far south of Chile

C Araya Vargas

185

Colleagues inform

191

Letters to SIIC

196

Guidelines for authors

197

Beyond health

198

Relación de la gravedad de la preeclampsia con su estado oxidativo

Relationship between oxidative stress and the severity of preeclampsia

Leonel García Benavides

Médico cirujano, Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado en Investigación Clínica, CUCS, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/150111

Recepción: 14/3/2016 - Aprobación: 30/8/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 21/10/2016

Enviar correspondencia a: Leonel García Benavides, CUCS, Universidad de Guadalajara, 44340, Guadalajara, México
drleonelgb@hotmail.com

➤ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales del autor.

Abstract

Introduction: Preeclampsia is the leading cause of maternal and perinatal mortality and morbidity. Several studies have associated oxidative stress with the etiopathogenesis of preeclampsia but there is little evidence to link this with the appearance and severity of complications. **Objective:** In this study we compared the plasma level of total antioxidant capacity (TAC) and malondialdehyde levels in plasma with the severity of preeclampsia. **Material and methods:** A transversal comparative study was designed which included 56 patients in two groups, i.e., 28 patients with preeclampsia, of whom 14 had mild preeclampsia and 14 presented severe preeclampsia, and as a control group 28 normotensive women with a pregnancy of more than 28 weeks. Plasmatic antioxidant capacity and malondialdehyde were determined by ELISA. Follow-up was made to determine outcomes. **Results:** In pregnancies without hypertension, total antioxidant capacity levels were 2679 ± 2014 mEq/l in normal pregnancy, but fell in patients with preeclampsia. However, the greatest impact was in women with severe preeclampsia ($p < 0.05$), but no significant differences were noticed in malondialdehyde levels between the groups. **Conclusion:** Women with severe preeclampsia present a marked reduction in total antioxidant capacity.

Key words: hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, total antioxidant capacity, oxidative stress, severe preeclampsia

Resumen

La preeclampsia es la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y es la primera causa de admisión obstétrica en terapia intensiva. Varios trabajos asocian el estrés oxidativo con la etiopatogenia de la preeclampsia, pero existen pocas evidencias que lo relacionen con la gravedad y la aparición de complicaciones. **Objetivo:** Relacionar la capacidad antioxidante total (CAT) y los niveles de malondialdehído en plasma con la gravedad de la preeclampsia. **Material y métodos:** Se diseñó un estudio observacional, transversal y comparativo que incluyó 56 pacientes distribuidas en dos grupos, 28 mujeres con preeclampsia, de las cuales 14 presentaban preeclampsia moderada y 14 preeclampsia grave, y 28 mujeres normotensas con un embarazo de más de 28 semanas como control. Se determinaron los niveles plasmáticos de capacidad antioxidante total y niveles de malondialdehído por ELISA, dando seguimiento a las pacientes para valorar el desenlace. **Resultados:** En los embarazos sin hipertensión, los valores de la CAT plasmática fueron de 2679 ± 2014 mEq/l y se redujeron en las pacientes con preeclampsia. Sin embargo, el mayor impacto se presentó en las mujeres con preeclampsia grave ($p < 0.05$), sin diferencias significativas en los niveles de malondialdehído entre los grupos. **Conclusiones:** Las mujeres con preeclampsia grave presentan una reducción marcada en la capacidad antioxidante total plasmática.

Palabras clave: síndrome hipertensivo del embarazo, preeclampsia, capacidad antioxidante total, estrés oxidativo, preeclampsia grave

Introducción

La preeclampsia es la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal. A la fecha se desconoce su causa; sin embargo, altos niveles de estrés oxidativo¹ y un estado inflamatorio generalizado son característicos de este síndrome prenatal.²

El estrés oxidativo se define como un desequilibrio en el que aumenta la producción de radicales libres en el organismo y la capacidad de las defensas antioxidantes resulta ser insuficiente, situación por la cual se produce daño celular que puede llegar a ser muy grave, e incluso conducir a la muerte de la célula.³ Los cambios fisiológicos propios del embarazo no complicado son similares a los que presentan las pacientes con preeclampsia.⁴ En sus respectivos trabajos, Hung⁵ y Hsieh⁶ muestran que en el tercer trimestre del embarazo se eleva la excreción urinaria de 8-hidroxi-2-desoxiguanosina (8-OHdG) y 8-isoprostanos plasmático, junto con un aumento de la capaci-

dad antioxidante total (CAT), la actividad de la glutatión peroxidasa eritrocitaria y de la superóxido dismutasa, las cuales regresan a los valores de las mujeres no gestantes hasta ocho semanas después del parto. Asimismo, señalan que el estrés oxidativo y la respuesta inflamatoria que se genera en el embarazo normal es mayor en las pacientes con embarazos complicados por preeclampsia.

Existe información que refiere que la frecuencia de pacientes con preeclampsia asintomáticas puede llegar a ser de un 40% a un 70%. La diferencia es de grado, lo cual pone de manifiesto que la preeclampsia es el extremo final de una serie de cambios continuos que se presentan en el embarazo.^{7,8}

La capacidad antioxidante total es una medida global de todos los antioxidantes presentes en un líquido biológico (por ejemplo: plasma o suero), tales como vitaminas, sistemas antioxidantes enzimáticos, antioxidantes desconocidos e interacciones antioxidantes.⁹ Por otro

lado, el malondialdehído está siendo utilizado como un marcador confiable de la peroxidación lipídica, el cual se forma principalmente por la descomposición de los peróxidos de los ácidos grasos con tres o más enlaces dobles.¹⁰ En este estudio analizamos la relación entre el nivel plasmático de la CAT y el malondialdehído con la preeclampsia y la aparición de complicaciones maternas, fetales, o ambas, ya que actualmente se ha descrito que estos factores participan en la aparición de este cuadro, aunque faltan trabajos que los relacionen con la gravedad.

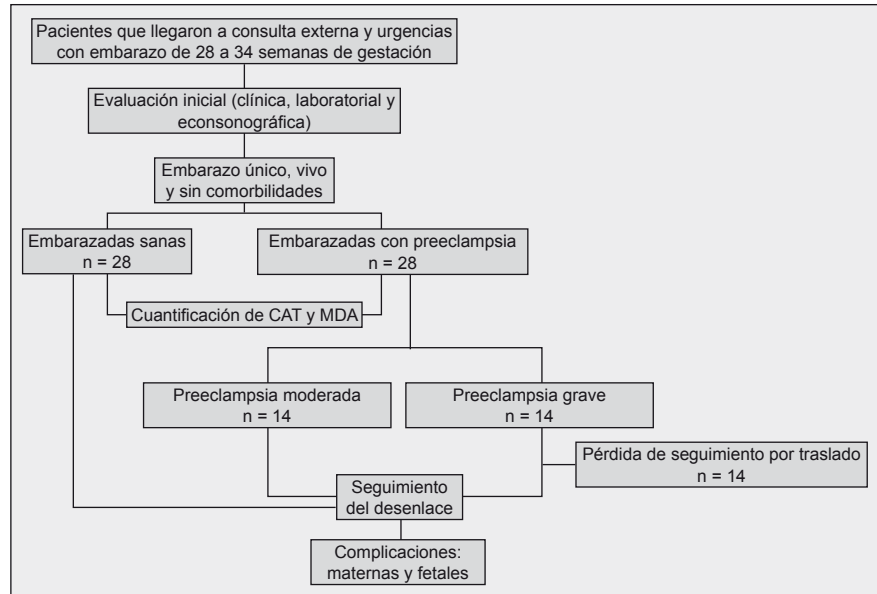


Figura 1. Diagrama de flujo metodológico.

Material y métodos

Se diseñó un estudio observacional, transversal, comparativo. El protocolo fue previamente revisado y aprobado por el comité de ética de la institución (número de registro HGC/CI-263/09); se incluyeron 56 pacientes con embarazo de un solo feto, con una edad gestacional de 28 semanas o más, con feto vivo y sin anomalías congénitas por ecografía obstétrica, las cuales acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital Civil de Guadalajara y voluntariamente aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron mujeres fumadoras, con antecedente de hipertensión, diabetes u otras comorbilidades, y pacientes que presentaran datos clínicos o laboratoriales de infección de las vías urinarias o respiratorias.

La presión arterial se obtuvo con esfigmomanómetro aneroides. Se tomó la presión arterial en dos ocasiones y en ambos brazos después de 15 minutos en reposo para obtener un valor medio, que es el informado. Si la cifra de presión arterial fue anormal se dio seguimiento a la paciente después de la toma, y si la toma subsiguiente se encontraba por encima de los parámetros considerados normales se catalogó como hipertensión.¹¹

La presencia de proteinuria se verificó por cuantificación de proteínas en orina de 24 horas mediante procedimientos automatizados.

El diagnóstico de preeclampsia y su gravedad se apega a los criterios adoptados del *American College of Obstetricians and Gynecologists, Task Force on Hypertension in Pregnancy 2013*. Esta nomenclatura es la más actualizada. Las pacientes con preeclampsia moderada presentaron presión arterial sistólica ≥ 140 mm Hg o diastólica ≥ 90 mm Hg. Las pacientes con preeclampsia grave presentaron una presión arterial sistólica ≥ 160 mm Hg o diastólica ≥ 110 mm Hg. Además, se consideró como grave, si a los datos de hipertensión que podían estar dentro de los parámetros normales, se agregaba uno o más de los siguientes datos: creatinina sérica por encima de 1.2 mg/dl, trombocitopenia $\leq 150\ 000$ células/mm³, incremento de la deshidrogenasa láctica ≥ 600 UI, elevación al doble de los valores de TGO/AST o TGP/ALT (> 70 UI), cefalea, alteraciones visuales o auditivas, epigastralgia, oliguria ≤ 500 ml en 24 horas, edema agudo de pulmón, dolor en hipocondrio derecho, restricción en el crecimiento intrauterino y oligohidramnios. En este rubro también

Tabla 1. Características de los grupos.

	Embarazo sin preeclampsia n = 28	Embarazo con preeclampsia n = 26	*p
Edad (años)	25 (20 a 30)	28 (21 a 35)	
< 18	5 (18%)	1 (3%)	> 0.05
18 a 35	23 (82%)	31 (79%)	
> 35	0	7 (18%)	
Promedio de gestaciones	2	2.5	> 0.05
Semanas de gestación	32	33.5	> 0.05
IMC	27	32	> 0.05

IMC: índice de masa corporal.

*prueba de la t de Student.

fueron incluidas las pacientes con eclampsia (caracterizada por preeclampsia más convulsiones o estado de coma sin otra causa) y síndrome HELLP (el cual cursa con hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia).^{12,13} Para determinar la capacidad antioxidante, al momento de aceptar participar en el estudio, a cada paciente se le extrajeron, en ayunas, 3 cm³ de sangre periférica venosa, la cual se centrifugó a 2000 rpm por 10 minutos a 4°C y se obtuvo el plasma, que fue procesado utilizando un kit disponible comercialmente (Total Antioxidant Power Kit, No. TA02.090130, Oxford Biomedical Research) siguiendo las instrucciones del fabricante. Las muestras y los controles fueron diluidos 1:40 en el *buffer* contenido en el kit, 200 μ l fueron colocados en cada pocillo de la microplaca. Se obtuvo un valor de referencia para determinar la absorbancia de la placa a 450 nm, posteriormente se agregaron 50 μ l de solución de cobre y las muestras fueron incubadas por tres minutos a temperatura ambiente. Finalmente, se agregó la solución de paro y se dio lectura de la absorbancia a 450 nm.¹⁴

Para la determinación de malondialdehído, las muestras fueron tomadas en ayunas, el suero fue separado y analizado utilizando un kit comercial (FR12, Oxford Biomedical Research, Oxford, MI, EE.UU.). Este ensayo se basa en la reacción cromogénica de N-metil-2-fenilindol con malondialdehído y 4-hidroxiacetofenona, para lo cual 200 μ l de suero se adicionan a 455 μ l de N-metil-2-fenilindol en aceto nitrilo (reactivo 1) diluido con ácido férrico en metanol. Las muestras fueron agitadas y se les agregaron 105 μ l de ácido metansulfónico; la mezcla fue incubada

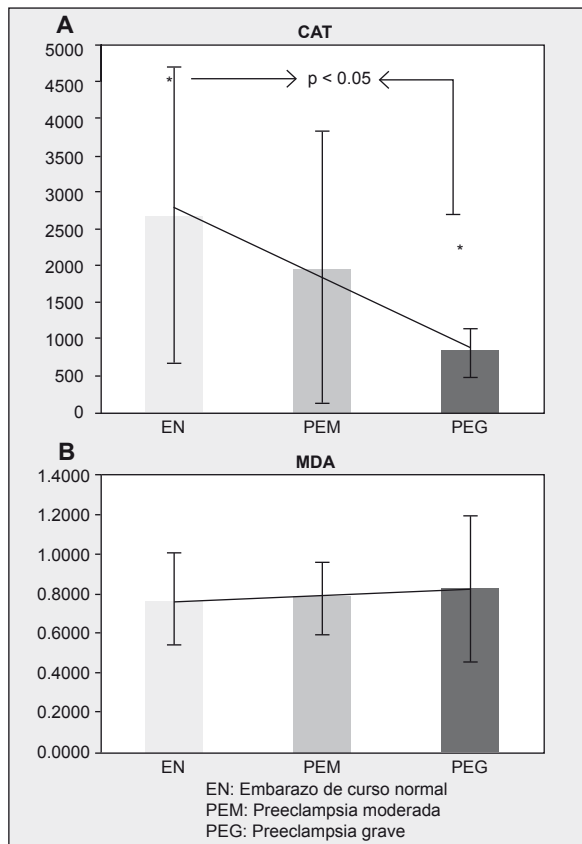


Figura 2. Se muestra un menor nivel de CAT en pacientes con mayor gravedad de la preeclampsia, sin cambios en los niveles de malondialdehído.

*Los datos se analizaron por análisis de varianza univariada y prueba de la *t* de Student para muestras independientes, que demostró un valor de $p < 0.05$ en el nivel de CAT entre el grupo control y el grupo de pacientes con preeclampsia grave.

a 45°C por 60 minutos. Las muestras se centrifugaron a 15 000 G por 10 minutos a temperatura ambiente. Posteriormente, 200 µl del sobrenadante se colocaron en microplacas para la lectura a 586 nm usando un equipo Synergy HT *Multi-detection microplate reader* (BioTek Instruments, Winooski, VT, EE.UU.). Se realizó la curva de estandarización utilizando concentraciones conocidas de 1,1,3,3-tetrametoxipropano en tris-HCl.

Análisis estadístico

Para el análisis diferencial de las variables cuantitativas, realizamos un análisis de varianza univariado para comparar los niveles de CAT y malondialdehído entre grupos, la prueba de la *t* para muestras independientes fue aplicada para comparar la relación de estos valores con la presencia de complicaciones fetales, mientras que para las variables cualitativas se aplicó la prueba exacta de Fisher. Para conocer la relación de los valores de presión arterial con el nivel de CAT se llevó a cabo un análisis de regresión lineal. Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 21 para el análisis de los datos.

Resultados

El grupo de estudio incluyó 54 pacientes: 28 con un curso normal del embarazo, sin hipertensión, y 26 pacientes con preeclampsia, de las cuales 14 cursaron con preeclampsia moderada y 12 con preeclampsia grave. Tuvimos dos pérdidas de seguimiento porque las pacientes decidieron su traslado a otra institución hospitalaria (Figura 1). Las características de la población se muestran en la Tabla 1.

CAT en el embarazo con hipertensión arterial y sin ella

Los niveles de CAT en las pacientes hipertensas disminuyeron respecto de las normotensas: 1442 ± 1481 mEq/l frente a 2679 ± 2014 mEq/l ($p < 0.05$). Al separar el nivel de CAT de acuerdo con su gravedad entre las 26 pacientes con preeclampsia, obtuvimos 1977 ± 1864 mEq/l para preeclampsia moderada contra 819 ± 304 mEq/l para preeclampsia grave mEq/l ($p < 0.05$), sin encontrar diferencias en los niveles de malondialdehído entre los grupos (Figura 2).

Realizamos análisis de regresión lineal para relacionar la presión arterial diastólica con el nivel de CAT y encontramos una correlación negativa ($p < 0.001$). El modelo de regresión predijo una reducción de 38 mEq/l de CAT por cada mm Hg de aumento de la presión arterial (Figura 3).

Seguimiento de las pacientes

De las 54 participantes, seis presentaron una o más complicaciones maternas. Las que se presentaron en el grupo de estudio fueron: progresión de la gravedad de la hipertensión ($n = 6$), síndrome HELLP ($n = 1$), trombocitopenia ($n = 4$), elevación de transaminasas ($n = 2$), elevación de azoados ($n = 2$), anemia aguda ($n = 2$), evento vascular cerebral hemorrágico ($n = 1$), hematoma subponeurótico ($n = 1$), síndrome de dificultad respiratoria (1) y muerte ($n = 1$). Los niveles de CAT en estas pacientes estaban notoriamente disminuidos, con niveles promedio de 714 ± 244 mEq/l, en comparación con el resto de los pacientes (2255 ± 1913 mEq/l), que no presentaron complicaciones ($p = 0.056$).

Se separaron las pacientes con nivel de CAT menor de 1000 mEq/l y comparamos la frecuencia de complicaciones maternas de este grupo con las de quienes presentaron un nivel mayor de CAT, y observamos mayor frecuencia de complicaciones en las participantes con hipertensión o sin ella ($p < 0.01$) (Tabla 2).

Discusión

La mayoría de los trabajos sobre marcadores de estrés oxidativo en el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) están orientados a explicar la causa, pero existen pocos estudios que intenten explicar la progresión y la gravedad del SHE. El trabajo de Sharma concluye que los niveles de los marcadores de estrés oxidativo tienen un papel significativo en la fisiopatología de la preeclampsia.¹⁵ Jauniaux, por su parte ha señalado una acentuación de la peroxidación lipídica en la preeclampsia.⁷

Debido a las importantes diferencias pronósticas en la preeclampsia, según su gravedad se necesita un criterio para poder diferenciar el enfoque clínico obstétrico de cada caso en particular, lo que tendría una repercusión directa en el tratamiento, para que éste sea adecuado y oportuno, previo a la aparición de complicaciones maternas.

Diversos autores han realizado un análisis de las enzimas antioxidantes, las cuales generalmente se han encontrado disminuidas.¹⁶ Nuestro trabajo determina de manera transversal las condiciones antioxidantes, y a la vez se hizo un seguimiento clínico del desenlace de las pacientes, obteniendo resultados similares a los informados por Di Renzo en Italia, quien mostró que los embarazos complicados por preeclampsia presentan un desequilibrio entre la producción de radicales libres y las defensas antioxidantes, con una disminución de la CAT.¹⁷ Por su parte Hung, en Taiwán, encontró una relación entre varios marcadores de estrés oxidativo, de los cuales destacan la CAT en las embarazadas de 24 a 26 semanas de gestación y la

aparición subsecuente de complicaciones del embarazo, como la preeclampsia.¹⁸ Nuestro trabajo relaciona de manera transversal el nivel de reservas antioxidantes con el curso clínico de la preeclampsia. Sin embargo, no se realizó un seguimiento del nivel de CAT de las embarazadas para relacionarlo con la aparición de preeclampsia, como lo informado por Genc en Turquía, quien encontró una disminución significativa en los niveles de CAT en aquellas mujeres que presentaron preeclampsia al compararlas con pacientes con un embarazo normal.¹⁹ Raijmakers, en su trabajo, concluyó que en la mujer con preeclampsia el estrés oxidativo es mayor y persiste en el período posparto al ser comparado con las embarazadas normotensas,²⁰ a diferencia de nuestro trabajo, en el que mostramos un menor nivel de CAT sin elevación de lipoperoxidos (LPO). Contrasta el comportamiento de los niveles de LPO con lo comunicado por Kashinakunti;²¹ aunque ya ha sido señalado por otros autores,²² esto podría estar influido por el efecto de otros factores que no fueron considerados, como los niveles de ácido úrico, el ritmo biológico, el estado de adaptación como parte de la respuesta metabólica y, principalmente, el efecto ejercido por el manejo terapéutico.²³ Hallazgos semejantes a los nuestros fueron informados por Chamy, quien encontró que la CAT disminuía significativamente en pacientes con preeclampsia grave.²⁴

En nuestro trabajo no analizamos el impacto de las diferentes intervenciones terapéuticas a las que están expuestas las pacientes desde el inicio del embarazo (dieta, vitaminas, suplementos alimenticios), ni el efecto del manejo instalado cuando se detectó la hipertensión; sin embargo, es importante destacar que, al momento de su ingreso, las participantes no habían recibido tratamiento antihipertensivo. El desenlace suele ser multifactorial, y esta multifactorialidad se reflejó en los niveles de CAT y de malondialdehído, que fueron expuestos a las mismas variaciones, aunque consideramos que la CAT refleja el grado de alteración bioquímica relacionada con la gravedad clínica.

Cuando la paciente presenta un embarazo con una edad gestacional mayor de 34 semanas se reduce el riesgo de morbimortalidad perinatal, y la decisión de interrumpir el embarazo es menos difícil de tomar que cuando se trata de un embarazo de menos de 34 semanas debido a los riesgos vinculados con la prematuridad del recién nacido. Sin embargo, tres de las diez mujeres con preeclampsia moderada y CAT menor de 1000 mEq/l que presentaron complicaciones tenían un embarazo de 34 semanas, y les fue permitido continuar su embarazo por dos a tres semanas más en lugar de la interrupción.

De las 12 pacientes con preeclampsia grave, cinco con CAT menor de 1000 mEq/l presentaron complicaciones y a ninguna se le dio seguimiento, ya que en todas fue interrumpido el embarazo casi de inmediato; sin embargo, a tres pacientes que presentaban una edad gestacional de 34 semanas se les permitió continuar de una a cinco semanas, situación que pudo poner en riesgo su vida sin una verdadera mejoría perinatal. La paciente que falleció tenía una edad gestacional de 39 semanas y una CAT de 640 mEq/l. Sibai y Barton hicieron una revisión sobre los protocolos de tratamiento expectante de la preeclampsia grave, donde analizaron los resultados de siete estudios publicados desde el año 2000 y que incluyeron 1200 mujeres, señalaron que a pesar de una ganancia de 5

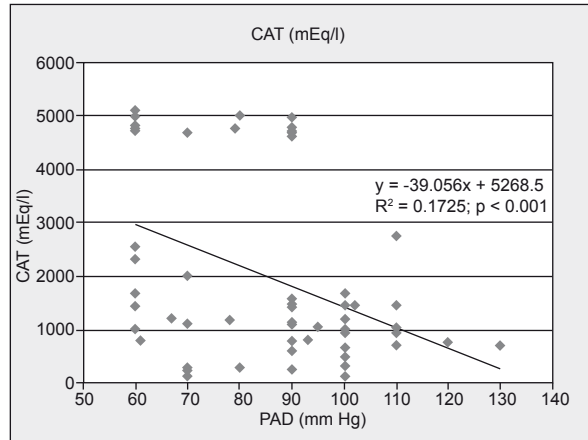


Figura 3. Se muestra la asociación negativa entre los niveles de CAT y el aumento en la presión arterial diastólica (PAD).

*Análisis de regresión lineal.

Tabla 2. Nivel de la CAT y su asociación con complicaciones maternas.

CAT	N	Con complicaciones maternas	Sin complicaciones maternas	*p (IC 95%)
1) 0-1000	22	6	16	< 0.01
2) > 1000	32	0	32	

* Prueba exacta de Fisher.

a 10 días de gestación, se tuvieron tasas de morbilidad materna excesivas. Las complicaciones graves incluyeron desprendimiento placentario, síndrome HELLP, edema pulmonar, insuficiencia renal y eclampsia.²⁵

En nuestro trabajo, la mayoría de las complicaciones fetales estuvieron asociadas con la prematuridad. Sin embargo, destacamos que el grupo de pacientes que predominaron en nuestro trabajo estaban entre las 28 y las 34 semanas, período en que es difícil tomar la decisión de interrumpir el embarazo al no disponer de un marcador preciso predictivo de la gravedad de las complicaciones que se pueden presentar.

Bombrys y colaboradores realizaron una revisión en 66 pacientes con preeclampsia grave y encontraron que prolongar la estancia en el hospital antes del parto se vinculaba con aumentos de las tasas de morbilidad materna y neonatal, por lo que el parto debería ser realizado después de la administración de corticosteroides.²⁶ Moodley informó que el 50% de las muertes asociadas con eclampsia en los países en desarrollo se deben a hemorragia cerebral.²⁷ En nuestro estudio, la paciente que falleció presentó un accidente cerebrovascular hemorrágico.

Sería muy conveniente que se realizaran más trabajos que profundicen sobre esta relación, ya que por su diseño y el tamaño de muestra, nuestros hallazgos podrían considerarse exploratorios, pero dan fundamento y factibilidad para futuras investigaciones con un mayor nivel de evidencia, dada la necesidad de ampliar el conocimiento antes de tomar decisiones sobre la importancia de la CAT en la predicción del desenlace, para evitar el riesgo de sobrediagnosticar pacientes que no presenten ningún tipo de complicación materna.

En conclusión, las pacientes con preeclampsia grave presentan una disminución en la CAT en comparación con embarazadas sin complicaciones.

Bibliografía

1. Pimentel AM, Pereira NR, Costa CA, Mann GE, Cordeiro VS, De Moura RS, Brunini TM, Mendes-Ribeiro A, Resende AC. L-arginine-nitric oxide pathway and oxidative stress in plasma and platelets of patients with preeclampsia. *Hypertens Res* 36(9):783-8, 2013. doi: 10.1038/hr.2013.34.
2. Pinheiro MB, Martins-Filho OA, Mota AP, Alpoim PN, Godoi LC, Silveira AC, Teixeira-Carvalho A, Gomes KB, Dusse LM. *Cytokine* 62(1):165-73, 2013.
3. Halliwell B. Free radicals and antioxidants: updating a personal view. *Nutrition Reviews* 5:257-265, 2012.
4. Hung TH, Lo LM, Chiu TH, Li MJ, Yeh YL, Chen SF, et al. A longitudinal study of oxidative stress and antioxidant status in women with uncomplicated pregnancies throughout gestation. *Reprod Sci* 17(4):401-9, 2010. doi: 10.1177/1933719109359704.
5. Hsieh TT, Chen SF, Lo LM, Li MJ, Yeh YL, Hung TH. The association between maternal oxidative stress at mid-gestation and subsequent pregnancy complications. *Reprod Sci* 19(5):505-12, 2012. doi: 10.1177/1933719111426601
6. Martin JN May WL, Magann EF, Terrone DA, Rinehart B, Blake G. Early risk assessment of severe preeclampsia: Admission battery of symptoms and laboratory test to predict likelihood of subsequent significant maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 180:1407-14, 1999.
7. Jauniaux E, Burton GJ. Placental oxidative stress: from miscarriage to preeclampsia. *J Soc Gynecol Investig* 11(6):342-52, 2004.
8. Jauniaux E, Poston L, Burton GJ. Placental-related diseases of pregnancy: Involvement of oxidative stress and implications in human evolution. *Human Reproduction Update* 12(6):747-755, 2006.
9. Da Costa CM, Dos Santos RC, Lima ES. A simple automated procedure for trolox measurement in human serum samples. *J Bras Patol Med Lab* 42(5):345-350, 2006.
10. Dalle-Donne I, Rossi R, Colombo R, Giustarini D, Milzani A. Biomarkers of oxidative damage in human disease. *Clin Chem* 52:169-76, 2006.
11. Williams JS, Brown SM, Conlin PR. Blood pressure measurement. *New England Journal of Medicine* 360(5):e6, 2009. Doi: 1056/NEJMvcm0800157.
12. Jeyabalan A. Epidemiology of preclampsia: Impact of obesity. *Nutr Rev* 71(01):1-14, 2014. doi:10.1111/nure.12055.
13. Report of the National High Blood Pressure Education program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 183(1):Suppl:S1-S22, 2000.
14. Rodríguez Carrizalez AD, Castellanos González JA, Martínez Romero EC, Miller Arrevillaga G, Villa Hernández D, Hernández Godínez PP, et al. Oxidants, antioxidants and mitochondrial function in non-proliferative diabetic retinopathy. *Journal of Diabetes* 6(2):167-75, 2014. Doi: 10.1111/1753-0407.
15. Sharma JB, Sharma A, Bahadur A, Vimala N, Satyam A, Mittal S. Oxidative stress marker and antioxidant levels in normal pregnancy and preeclampsia. *Int J Gynecol Obstet* 94(1):23-27, 2006.
16. Bulgan Kilicdag E, Ay G, Celik A, Ustundag B, Ozercan I, Simsek M. Oxidant-antioxidant system changes relative to placental-umbilical pathology in patients with preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy* 24(2):147-57, 2005.
17. Clerici G, Slavescu C, Fiengo S, Kanninen TT, Romanelli M, Biondi R, et al. Oxidative stress in pathological pregnancies. *J Obstet Gynaecol* 32(2):124-7, 2012.
18. Hung TH, Hsieh TT, Chen SF, Lo LM, Li MJ, Yeh YL. The association between maternal oxidative stress at mid gestation and subsequent pregnancy complications. *Reproductive Sciences* 19(5):505-12, 2011.
19. Genc H, Uzun H, Benian A, Simsek G, Gelisgen R, Madazli R, et al. Evaluation of oxidative stress markers in first trimester for assesment of preeclampsia risk. *Arch Gynecol Obstet* 284(6):1367-73, 2011.
20. Raijmakers MT, Roes EM, Poston L, Steegers EA, Peters WH. The transient increase of oxidative stress during normal pregnancy is higher and persists after delivery in women with preeclampsia. *Eur J Obst Gynecol Reprod Biol* 138(1):39-44, 2008.
21. Kashinakunti SV, Sunitha H, Gurupadappa K, Shankarprasad DS, Suryaprakash G, Ingin JB. Lipid peroxidation and antioxidant status in preeclampsia. *Al Ame en J Med Sci* 3(1):38-41, 2010.
22. Bowen RS, Moodley J, Dutton MF, Theron AJ. Oxidative stress in preeclampsia. *Acta Obst Gynecol Scand* 80:719-25, 2001.
23. Pasaoglu H, Bulduk G, Ögüs E, Pasaoglu A, Onalan G. Nitric oxide, lipid peroxides, and uric acid levels in preeclampsia and eclampsia. *Tohoku J Exp Med* 202:87-92, 2004.
24. Chamy VM, Lepe J, Catalan A, Retamal D, Escobar J, Madrid EM. Oxidative stress is closely related to clinical severity of preeclampsia. *Biol Res* 39:229-236, 2006.
25. Sibai, BM, Barton JR. Expectant management of severe preeclampsia remote from term: patient selection, management, and delivery indications. *Am J Obstet Gynecol* 196:514-16, 2007.
26. Bombrys AE, Barton JR, Habli M, Sibai BM. Expectant management of severe preeclampsia at 27(0/7) to 33(6/7) weeks' gestation: maternal and perinatal outcomes according to gestational age by weeks at onset of expectant management. *Am J Perinatol* 26(6):441-6, 2009.
27. Moodley J. Hypertensive emergencies in pregnancies in under-resourced countries. *Curr Opin Obstet Gynecol* 20:91-95, 2008.

Información relevante**Relación de la gravedad de la preeclampsia con su estado oxidativo****Respecto al autor**

Leonel García Benavides. Doctor en Farmacología, coordinador del programa Maestría y Doctorado en Investigación Clínica. Profesor investigador titular C, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México. Coautor de Impacto de la Hiperinsulinemia sobre el Ventrículo Izquierdo en la Hipertensión Arterial (Salud(i)Ciencia 17(3):233-236, Dic 2009).

**Respecto al artículo**

La preeclampsia es la causa principal de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y la primera causa de admisión obstétrica en la unidad de cuidados intensivos.

El autor pregunta

El estrés oxidativo se define como un desequilibrio en el que aumenta la producción de radicales libres en el organismo y la capacidad de las defensas antioxidantes resulta ser insuficiente, situación en la cual se produce daño celular que llega a ser muy grave, y puede incluso conducir a la muerte de la célula. La respuesta inflamatoria y el estrés oxidativo que se presentan en el embarazo normal son más acentuados en las pacientes con embarazos complicados por preeclampsia.

¿Cuál de los siguientes es un marcador confiable de la peroxidación lipídica, el cual se forma principalmente por la descomposición de los peróxidos de los ácidos grasos?

- A** Superóxido dismutasa.
- B** Malondialdehído.
- C** Glutación peroxidasa.
- D** Óxido nítrico.
- E** Catalasa.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150111

Palabras clave

síndrome hipertensivo del embarazo, preeclampsia, capacidad antioxidante total, estrés oxidativo, preeclampsia grave

Key words

hypertensive disorders of pregnancy, preeclampsia, total antioxidant capacity, oxidative stress, severe preeclampsia

Lista de abreviaturas y siglas

CAT, capacidad antioxidante total; EN, embarazo de curso normal sin preeclampsia; EO, estrés oxidativo; EVC, evento vascular cerebral hemorrágico; 4HDA, 4-hidroxiálquenos; LPO, lipoperóxidos; MDA, malondialdehído; PEG, preeclampsia grave; PEM, preeclampsia moderada; RL, radicales libres; RPM, revoluciones por minuto; síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia); TGO/AST, transaminasa glutámico oxalacética/aspartato transaminasa; TGP/ALT, transaminasa glutámico pirúvica/alanina transaminasa; UI, unidades internacionales.

Cómo citar

García Benavides L. Relación de la gravedad de la preeclampsia con su estado oxidativo. Salud i Ciencia 22(2):118-23, Ago 2016.

How to cite

García Benavides L. Relationship between oxidative stress and the severity of preeclampsia. Salud i Ciencia 22(2):118-23, Ago 2016.

Orientación

Clínica, Diagnóstico

Conexiones temáticas

Cardiología, Cuidados Intensivos, Diagnóstico por Laboratorio, Medicina Interna, Medicina Reproductiva, Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Salud Pública.

La infección respiratoria aguda no neumónica en menores de 5 años y las expectativas maternas en la atención clínica

Maternal expectations for the treatment of non-pneumonic acute respiratory infection in children under five years

Carlos Iván Salazar Villamarín

Magister en Salud Pública, Kinesiólogo, Fisioterapeuta; Docente, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia

Angélica María Zuluaga, Kinesióloga, Fisioterapeuta; Docente, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia

Omar Andrés Ramos Valencia, Magister en Salud Pública, Kinesiólogo, Fisioterapeuta; Docente, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

Hugo Portela Guarín, Doctor en Antropología; Docente, Fundación Universitaria María Cano, Medellín, Colombia

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/150682

Recepción: 16/3/2016 - Aprobación: 7/9/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 27/10/2016

Enviar correspondencia a: Omar Andrés Ramos Valencia, calle 16N # 6-57 Barrio Recuerdo, 190001, Popayán, Colombia
omanrava@hotmail.com

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

Abstract

Objective: To identify maternal expectations for the treatment of non-pneumonic severe acute respiratory infection (SARI) in children under five years of age provided by a hospital in an indigenous area in southwestern Colombia, 2012. **Method:** A PAHO-WHO Community Focused Ethnographic Study of SARI was conducted in an indigenous population, including seven health workers from the village hospital and 50 mothers seeking medical attention for their children under five presenting with SARI. Mothers were interviewed to determine their expectations regarding medical care. Health workers were also interviewed to determine their perspectives on maternal knowledge and healthcare-seeking behavior. **Information was analyzed by categories through descriptive matrices, which were grouped by themes. Results:** Interviews demonstrated that most mothers were not able to clearly identify different types of medications, nor the difference between antibiotics and medications designed to treat symptoms. Most mothers were also unable to identify the effect and mode of action of the relevant medications. The main concern expressed by the mothers was to relieve the symptoms of SARI. Most health workers reported a delay in mothers seeking medical help for their children. **Conclusion:** Care of acute respiratory infections in the Western conception of the biomedical model is foreign to most indigenous mothers. This, together with the lack of health workers' perceptions and understandings of maternal knowledge, helps prevent improvement in the morbidity and mortality of SARI.

Key words: indigenous health services, severe acute respiratory syndrome, maternal behavior, indigenous population

Resumen

Objetivo: Identificar las expectativas maternas del tratamiento de infección respiratoria aguda grave no neumónica (IRAG) en niños menores de 5 años brindado por un hospital de una zona indígena del suroccidente colombiano, 2012. **Método:** Estudio comunitario etnográfico focalizado de IRAG de la OPS-OMS, realizado en un pueblo indígena, en siete trabajadores de la salud del hospital y 50 madres que buscaron la atención médica para sus hijos menores de 5 años con IRAG. Se aplicó una entrevista a las madres para conocer sus expectativas en la atención médica; a los trabajadores de salud se les aplicó una entrevista, para conocer la percepción sobre el reconocimiento materno y la búsqueda de atención médica; la información se analizó por categorías a través de matrices descriptivas, que se agruparon por similitud conceptual. **Resultados:** Se pone de manifiesto que la mayoría de las madres no identifican claramente los diferentes tipos de medicinas; no encuentran diferencias entre antibióticos y medicamentos sintomáticos; no pueden identificar el efecto y la forma de acción del medicamento; la principal preocupación de las madres es curar los síntomas de la IRA; la mayoría de los agentes de salud consideran que hay tardanza en la búsqueda de ayuda médica. **Conclusión:** La atención de infecciones respiratorias agudas bajo la concepción occidental del modelo biomédico resulta ajeno y desconocido para las madres indígenas, que junto al desconocimiento de agentes de salud de las percepciones y entendimientos maternos indígenas, contribuyen a mantener la morbimortalidad de las IRAG.

Palabras clave: servicios de salud del indígena, infección respiratoria aguda, conducta materna, población indígena

Introducción

Cifras publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que anualmente mueren 2.1 millones de niños menores de 5 años por infección respiratoria aguda (IRA), lo que representa el 20% de todas las muertes en este grupo de edad, afectando más a los menores de 5 años de los países en vía de desarrollo.¹ En Colombia, las IRA siguen ocupando los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en este grupo poblacional, por lo que constituyen un evento de interés en salud pública,²⁻⁷ que afecta en mayor grado aún a la población infantil indígena de Colombia.⁶

Los cuidados de la IRA en los niños indígenas se inician en la comunidad con participación de los integrantes de la familia, con el fin de curar la sintomatología,^{10,11} en este contexto, las expectativas de la madre sobre el manejo y tratamiento de la IRA tienen un impacto positivo en la salud del niño y aliviará el vacío de calidad en respuesta y prevención primaria relacionada con la IRA infantil dentro de los servicios de salud local, pero genera un riesgo de salud por la posible automedicación con tratamientos caseros.

A nivel regional, no existen evidencias ni estudios relacionados con el manejo, atención o tratamiento de los

niños indígenas con IRA; las estadísticas locales del servicio de urgencias, hospitalización y consulta externa en el punto de atención en salud de Totoró (Cauca),⁷ muestran que la población más afectada son los niños menores de 5 años, principalmente de la etnia indígena de los totoroos;⁸ sin tener una base de datos fiable, debido a la poca tecnología adquirida por la institución prestadora de salud, que tiene un nivel de baja complejidad de atención.

Estudios latinoamericanos indican que una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en comunidades indígenas es la dificultad en la comunicación entre el personal de salud y los usuarios.⁹ No obstante, cambiar el modelo biomédico de atención a un modelo de manejo comunitario de atención primaria de la salud con ayuda de los equipos básicos de salud mejorará la articulación de las estrategias de trabajo comunitario, con participación ciudadana en armonía con las redes sociales de las comunidades para fortalecer la atención intersectorial e interdisciplinaria, realizando un trabajo extramural de educación y comunicación en salud. Esta estrategia podrá brindar atención de calidad con poca tecnología,¹² y permitiría al personal de salud comprender las costumbres y creencias maternas de la comunidad indígena acerca de la salud infantil,¹³ en aspectos claves como ejercer abogacía colectiva y empoderamiento individual de la salud. En consecuencia, para dar apoyo al nivel primario de atención de la salud en estas comunidades indígenas, para un manejo apropiado del conocimiento y manejo y tratamiento de la IRA infantil se debe incluir tan cerca como sea posible a las madres, siendo ellas los actores que desempeñarán un papel vital en el cuidado de la salud integral de los niños de su comunidad.^{14,15}

Si la estrategia de educación no conoce el discurso de la comunidad y no lo articula al discurso médico, no podrá penetrar los grupos afectados; de ahí la importancia de conocer las expectativas maternas en cuanto a las infecciones respiratorias de los menores de 5 años. Por lo tanto, la comunicación eficaz con los miembros de la unidad familiar acerca de lo que esperan de la atención médica para el niño que padece una IRA, es un componente esencial de las atenciones de control de dicha afección. Para que las madres puedan tener en cuenta los mensajes referidos cuando buscan atención, estos deben ser comprensibles no sólo desde el punto de vista lingüístico sino desde el aspecto cultural, por lo que se debe identificar, entender e interpretar sus creencias, prácticas de cuidado y prevención de las enfermedades, especialmente las expectativas del tratamiento que recibirán por parte del personal de salud, sin perder el enfoque en la atención.¹⁶⁻¹⁸

Construir mensajes entendibles para los cuidadores implica conocer primero los significados de la IRA para las familias indígenas y su sentir, así como las acciones que las limitan para cuidar al niño en casa y el acceder a los servicios de salud y, de esta forma, mejorar las condiciones de salud en estas comunidades vulnerables de departamentos como Cauca. Esto conlleva a negociar las prácticas sanitarias a partir del reconocimiento de las necesidades de las comunidades indígenas y provocar, finalmente, modificaciones en los procedimientos, intercambios de saberes y adopción intercultural de elementos y patrones válidos dentro de un proceso de intercambio de información. De esta manera, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se democratizan como estrategias de intervención, llegando no sólo a comunidades en riesgo o vulnerables, sino permitiendo que ellas

mismas intervengan para ayudar con el sector salud en la solución de sus propias problemáticas.^{19,21}

Método

Método etnográfico

Según Priscilla,²⁰ las pruebas de creciente morbilidad y los inadecuados recursos de salud en muchos países, especialmente del área andina y con población indígena, revelan que todavía hay desconocimiento sobre las expectativas de salud de las familias y comunidades indígenas. En el caso de la etnia totoroó, sobre los tratamientos de la IRA en menores de 5 años, surge el interrogante: ¿cómo comprenden y usan las mujeres de las comunidades indígenas la información técnica que reciben del personal de salud para adoptar decisiones críticas que afectan la salud de sus hijos?

Esta investigación requirió el método etnográfico, con una entrevista en profundidad que permitió obtener información de interculturalidad en los modelos de atención, comunicación e interacción de los modelos de salud indígena y la biomedicina; así como los servicios de salud ofrecidos en los casos y complicaciones de IRA en menores de 5 años.

Totoró se encuentra ubicado al oriente del departamento del Cauca, Colombia. Es un municipio pluriétnico y pluricultural, con una población de 18 160 habitantes, de la que es indígena el 74.5%, en tanto que el 25.5% son mestizos. En la población indígena se encuentran los grupos étnicos: nasa, polindara y totoroó, ubicados en cinco resguardos indígenas: Totoró, Jebalá, Paniquita, Polindara y Novirao.

Muestra

La muestra se obtuvo mediante el método de saturación de información y correspondió a 50 madres que buscaron la atención médica para sus hijos con IRA, y siete trabajadores de salud, todos en el hospital de Totoró. El personal de salud estaba conformado por cinco médicos, una enfermera profesional y una enfermera auxiliar.

Criterios de inclusión de la madre

Estar en el núcleo familiar, ser participante activa en el tratamiento o búsqueda de ayuda médica para el niño menor de 5 años con IRA, habitar en el municipio con una permanencia mayor de seis meses y firmar el consentimiento informado.

Técnicas o instrumentos de recolección de información

Se realizó un acercamiento y se solicitó colaboración de la coordinación médica y del gerente del hospital de Totoró de la E.S.E. Popayán; posteriormente, con la ayuda de los líderes de los cabildos indígenas se obtuvo el apoyo de la comunidad, lo que permitió mayor acceso a la población. Para la obtención de los datos sociodemográficos se aplicó una encuesta; para la información cualitativa se aplicó una entrevista abierta a las madres de los niños, la que consideró tópicos importantes relacionados con la expectativa de atención del personal de salud; eficacia, efecto y rapidez de los medicamentos, tratamiento de las acciones de recuperación y control médico.

Al personal salud se le aplicó una entrevista para conocer su percepción sobre el reconocimiento materno de los signos que motivan la búsqueda de atención médica (término o frase de uso local, que denotan signos y síntomas o categorías de padecimientos indicativos de la IRA, que

recomiendan para decirles a las madres cuando deben buscar atención para un niño con IRA).

Para ajustes conceptuales de las entrevistas se realizó una prueba piloto; posteriormente, se obtuvo el aval de la institución de salud, se acordaron los criterios de inclusión y el previo consentimiento informado y se procedió a aplicar las encuestas y las entrevistas; se grabaron en formato MP3, para luego proceder a transcribir y analizar los datos obtenidos.

Los datos sociodemográficos se tomaron mediante un formato específico, se tabularon y se procesaron. El análisis cualitativo se realizó con el apoyo del *software* MAXQDA 10, se analizaron las categorías las cuales se agruparon por similitud conceptual, indicando la frecuencia con que se repite cada una de ellas y el número asignado a cada sujeto que aportó dicha respuesta. Una vez compiladas las respuestas en sus respectivas matrices, se expusieron a la fundamentación teórica inductiva.

Resultados

Los resultados presentan la cotidianidad de las madres en torno del cuidado del niño con IRA y la expectativa en la búsqueda de atención médica para su hijo menor de 5 años. Se describe un tema de connotación cuantitativa relacionado con las características sociodemográficas de las madres y tres temas de relación cualitativa resumidos y categorizados, cada uno en matrices descriptivas: el primer tema contempla las expectativas de la madre acerca del tratamiento de la IRA de sus niños menores de 5 años. El segundo, detalla información y presenta la percepción de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno y la búsqueda de atención. El tercer tema revela las condiciones de comunicación del personal de salud y las madres de niños con IRA.

En cuanto a las características sociodemográficas de las madres de niños con IRA, se puede observar que: la media de edad es de 27 años (DE = 6.728), el 94% de ellas están afiliadas al régimen subsidiado, la mayoría (64%; n = 32) conviven en unión libre y el 34% (n = 17) de las madres señalan haber cursado la primaria completamente, y sólo un 4% de las madres cuenta con educación básica formal. (Tabla 1).

Expectativas maternas de la atención médica recibida

Cualquiera sea el caso del tratamiento de niños con algún tipo de enfermedad, las madres siempre esperan que el tratamiento sea el más adecuado y oportuno, y además esperan que el médico les brinde la información suficiente, necesaria, oportuna y comprensible a su contexto sociocultural. Esta unidad consta de seis categorías, orientadas a identificar las expectativas maternas sobre el tratamiento médico de niños con IRA.

¿Qué esperan cuando buscan atención de un trabajador de la salud para un niño con infección respiratoria aguda? La preocupación principal de las madres es conseguir un medicamento, para lo cual utilizan términos como "remedio", "medicamento" o "droga", con el fin de que el niño "se mejore" o recupere para curar el síntoma de la IRA que presenta; de no recibir el medicamento, así no sea necesario o sea efectivo, consideran que han perdido el tiempo en la consulta y se automedican o, por el contrario, buscan la ayuda de un farmacéutico o médico tradicional dentro de la comunidad. La búsqueda de ayuda médica por parte de las madres se da principalmente los días lunes, ya que es el día de mercado y se facilita el

Tabla 1. Características sociodemográficas de madres de niños con infección respiratoria aguda que ingresan al hospital de zona indígena del suroccidente colombiano, 2012.

Características sociodemográficas				
Edad				
Variable	n	%	Media	Desviación típica
Menores de 20 años	4	8.0	26.86	6.728
Entre 20 y 29 años	29	58.0		
Entre 30 y 39 años	15	30.0		
Entre 40 y 50 años	2	4.0		
Afiliación Seguridad Social				
Contributivo	3			6.0
Subsidiado	47			94.0
Estado civil				
Casada	8			16.0
Soltera	10			20.0
Unión libre	32			64.0
Nivel de formación				
Primaria completa	17			34.0
Primaria incompleta	15			30.0
Bachillerato completo	2			4.0
Bachillerato incompleto	16			32.0
Total	50			100.0

Fuente propia del estudio.

acceso al casco urbano; además, la mayoría de las mujeres con niños que se enferman entre viernes y domingos esperan hasta el lunes debido a que no saben identificar una urgencia o no les gusta llevar a los niños a urgencias.

¿Qué efectos esperan de los medicamentos? Con respecto a los antibióticos, las madres afirman no saber qué son los antibióticos o no conocen sus efectos; algunas madres contestan que el efecto esperado es "que se mejore o se le quite la enfermedad"; las madres no diferencian entre medicamentos sintomáticos ni antibióticos, lo que les interesa es que alivien la tos, la fiebre y el malestar general en los niños con IRA, y tienden a generalizar que la mayoría de medicamentos sirven para curar dichos síntomas. Se observa que las madres asemejan la cura de los síntomas con la cura de la enfermedad, mientras que un número significativo de casos relacionan los efectos de los medicamentos con la efectividad del fármaco.

¿Con qué rapidez esperan que se produzcan estos efectos? Representado en cifras, el 73.7% de las madres espera que el efecto de los medicamentos para la tos funcione en los primeros siete días, y un 26.3% de las madres espera entre 8 y 15 días. Para la fiebre, el 48% de las madres espera dos días a que el medicamento cure o disminuya la fiebre del niño, mientras que el 22% espera en horas el efecto de los medicamentos para la fiebre; de éstas, el 45.45% espera entre media hora y dos horas a que se produzca el efecto. Respecto de la rapidez de los efectos de los antibióticos, sólo el 20% de las madres dio respuesta a esta pregunta y algunas de ellas reconocen la amoxicilina como antibiótico; el período más frecuente que esperan para efectos favorables del medicamento se encuentra entre siete y quince días, seguido por aquellas que esperan cinco días.

¿En qué momento considera que la medicación ha fracasado? El 50% de las madres refiere que los medicamentos han fracasado cuando al administrárselos al menor no hacen efecto en un período de tres, cuatro o cinco días; si no le pasa la enfermedad o persiste con los signos y síntomas de IRA, en especial la tos y la fiebre, la madre busca nuevamente la ayuda médica, principalmente en el hospital.

El 12% de las madres refiere que los medicamentos fracasan cuando el niño sigue con la enfermedad o no se le quitan los signos y síntomas, y deciden no llevar el niño al hospital, y utilizan los conocimientos de plantas medicinales difundidos entre las madres y familias, o buscan la ayuda del médico tradicional, corroborado con algunas expresiones como: *"Unos tres días, si uno no le hace, o unos dos días si le da como le mandan y si no le hace efecto pues ya se tiene que ir por otro lado"* (médico tradicional).

¿En qué momento terminan de administrar los medicamentos? Se encontró que el 20% de las madres refiere suspender el antibiótico, el cual generalmente reconocen como amoxicilina o como un medicamento en polvo que se prepara en agua hervida y se administra por vía oral o mediante un medidor común, el cual es una jeringa (sin aguja) normal. Al respecto, una de las madres afirmaba: *"Si por lo menos con esa amoxicilina que le mandan por siete días y a veces se le quita a los tres días, yo le doy así hasta los cinco o seis días, no se completan los siete días"*. La mayoría de las madres refieren, en cuanto a la administración de medicamentos, realizarla conforme lo ordena el médico; el resto interrumpe el tratamiento una vez que mejora el niño, en especial suspenden el antibiótico, lo que refleja una conducta altamente riesgosa para la salud del niño por las complicaciones derivadas de infecciones respiratorias que pudieran presentarse. Este tipo de respuestas de las madres, que desde la perspectiva biomédica son contrarias a las recomendaciones en los tratamientos, persisten en la comunidad, pues ésta percibe como un riesgo para la integridad de sus hijos el acercamiento a un centro de salud.

¿En qué momento regresan con el niño al centro de salud? En el estudio se encontraron dos respuestas opuestas. Por una parte, se observó que un grupo de madres presentaron una actitud favorable relacionada con el cuidado del niño, ya que manifestaban que después de la consulta médica, estarían dispuestas a regresar al control médico si el niño se encontraba mejor y con el fin de confirmar su recuperación, asimismo se encontró un grupo que no asistiría al control médico para hacer seguimiento al estado de salud del menor, e incluso cuatro madres mencionaron que, si los medicamentos no le hacían efecto buscarían ayuda de médicos tradicionales o lo tratarían en casa; una de las madres afirmó: *"Si se empeora no lo traigo, ya le doy plantas, si porque mejor me dicen que en vez de los medicamentos, mejor la planta"*.

A esto se le agrega lo referido por otras madres que enuncian que el médico no manda control de seguimiento al niño que consulta.

Información de los trabajadores de salud sobre el reconocimiento materno de signos que motiven la búsqueda de atención médica

Esta unidad está enfocada a identificar la percepción que tienen los trabajadores de la salud sobre el modelo de atención médica que las madres emplean y el reconocimiento de los signos claves de IRA que las madres saben identificar.

En relación con el itinerario terapéutico (Figura 1), los trabajadores de la salud consideran que la tardanza de las madres para buscar atención es significativa, porque cuando buscan el servicio médico las enfermedades se encuentran muy avanzadas y previamente han utilizado medicamentos caseros o medicinas recetadas en las farmacias o por otras personas no capacitadas. Y quienes

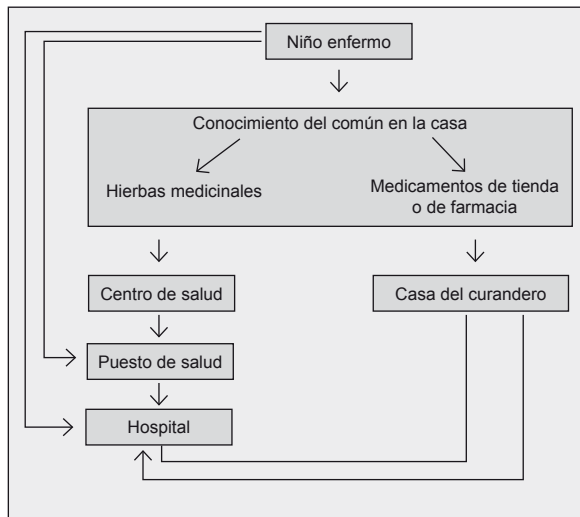


Figura 1. Flujograma del itinerario terapéutico.

Fuente propia del estudio.

más tardan en buscar los servicios de salud son las mujeres indígenas de las zonas más apartadas de la cabecera municipal.

¿Consideran los trabajadores de la salud que la tardanza de las madres para buscar atención es significativa desde el punto de vista médico? ¿Cuáles son los motivos de dicha tardanza? Cinco de los siete trabajadores de la salud considera que hay tardanza significativa, lo que da como resultado IRA graves; además, las tradiciones culturales se relacionan con la tardanza de la madre para la búsqueda de ayuda médica. Sólo cuando la medicina tradicional no resuelve los problemas de salud del niño buscan la ayuda médica en el centro de salud, haciendo que el tiempo para la atención médica se prolongue, de ahí las complicaciones respiratorias de los niños.

Los trabajadores de la salud manifiestan que las madres de los niños menores de un año se demoran más en buscar la atención para su niño con IRA debido a que no conocen o no identifican con claridad los signos y los síntomas de esta infección, convirtiéndose en una situación de alarma que genera riesgo o tratamientos prolongados en el hospital; los niños principalmente afectados son los más pequeños, debido a que son más susceptibles a agravarse y pueden morir rápidamente, ya que para las madres primero se utilizan remedios caseros que consideran efectivos para la enfermedad y después, al ver que no hay resultados, el segundo paso es buscar ayuda de la medicina tradicional.

En opinión de los trabajadores de la salud, ¿a qué signos y síntomas prestan atención las madres de los niños con una IRA? Seis de los siete trabajadores de salud del hospital de Totoró opinan que el principal y más frecuente signo al que le prestan atención las madres de los niños con IRA es la fiebre, que generalmente está acompañada de otros signos menos frecuentes, como la dificultad respiratoria, la tos, la disminución del consumo de leche materna o de alimentos, en los niños menores de dos años.

Comunicación con las madres

La siguiente unidad se encaminó a identificar aspectos relacionados con la redacción y lingüística de la comunicación de médico a madre del niño con IRA.

¿Qué términos emplean actualmente los trabajadores de la salud para comunicarse con las madres cuando se refieren a las IRA? Tres de los siete trabajadores de salud

emplean términos como infección en el pulmón, el cual las madres entienden, y le dan un significado de gravedad menos adverso al de neumonía, la cual consideran fatal; dos de los trabajadores de salud refieren emplear términos de fácil comprensión para comunicarse con la madre, utilizan expresiones populares para referirse a la sintomatología de la IRA, como: llaganas (secreción ocular), atisbado (secreción nasal), hervadera (roncus), calentura (fiebre), entre otros.

¿Qué término o frase de uso local, que denota signos y síntomas o categorías de padecimiento indicativo de neumonía, recomiendan que se empleen para decirles a las madres cuándo deben buscar atención para un niño con IRA? Cinco de los siete trabajadores de salud no acuden al término directo de las representaciones clínicas de IRA, en cambio, utilizan términos descriptivos de signos y síntomas tempranos de alarma para la neumonía como: "el hundimiento de costillas" (tiraje subcostal), "el niño está caliente o suda" (fiebre), los cuales son los dos signos más frecuentes, seguidos de "el niño no respira bien o se ahoga" (dificultad respiratoria) y "el niño esta moradito" (cianosis); igualmente, los médicos recomiendan otro signo o síntoma clave para que la madre busque ayuda médica, como "el niño no come o no se amamanta" (inapetencia), relacionados con los signos de la gripe y la tos.

Se comprueba que la mayoría de los términos utilizados por el personal de salud, especialmente los médicos, son similares a los empleados por las madres para describir signos y síntomas de neumonía. Se aclara que no todo el personal de salud tiene en cuenta todos los signos de peligro de enfermedad muy grave y de alarma de neumonía. Una adecuada comunicación ayuda a asegurar que el niño reciba una buena atención tanto en el servicio de salud como en el hogar.

¿Cómo deben redactarse los mensajes presentados en las instrucciones en el hogar con el fin que se adecuen al lenguaje y cultura locales? Cinco de los siete trabajadores de salud están de acuerdo en que se deben redactar mensajes que armonicen los términos médicos con los términos que las madres y la comunidad entiendan, para lo cual toman algunas expresiones que las madres y la comunidad utilizan para construir los mensajes relacionados con la identificación de signos clínicos y en la búsqueda de ayuda médica, como para el cuidado en casa del niño enfermo.

La mayoría de trabajadores de la salud, además de dar las recomendaciones de cuidado en casa y de búsqueda temprana de ayuda médica, prescriben medicamentos cuando no es necesario de manera inmediata, así el niño no presente todos los síntomas o signos de IRA, los envían para controlar posibles complicaciones o futuros síntomas; estos casos sólo se presentan cuando la residencia del niño es en lugares alejados, de difícil transporte y cuando el menor, por su situación de desnutrición o de bajo peso es susceptible de complicarse con una neumonía. A continuación se presenta un aparte de la entrevista que refuerza la anterior afirmación: "...entonces yo pienso que acá debe ser la medicina un poco más, no sé si preventiva, sino ir a un paso adelante a lo que se pueda venir, entonces si un niño viene con gripe pero no tiene fiebre, yo sí pienso que por lo menos debe irse con su acetaminofeno, entendiéndolo que la situación es diferente, son pacientes de domicilio lejano, desnutridos, con alta posibilidad de hacerse una neumonía".

¿Cuáles son las expectativas maternas en cuanto a los medicamentos contra la tos y el resfriado? Cuatro de los cinco médicos y las dos enfermeras refieren que, cuando

la madre consulta por tos o resfriado, lo que esperan es medicamentos que les quiten la tos lo más pronto posible, debido a que no duermen o no dejan dormir a la familia, o porque vomitan o tosen con mucha frecuencia; igualmente, los médicos sensibilizan a la madre expresando que lo importante no es quitar la tos, ya que ésta es un mecanismo de defensa sino que lo realmente significativo son los signos y síntomas tempranos de una probable neumonía.

Por su parte, el personal de enfermería argumenta que las madres esperan que los remedios curen la tos, pero no refuerzan la conciencia de las madres acerca de la tos como mecanismo de defensa. Un médico refiere que las madres no esperan medicamentos para la gripe leve, porque ellas entienden que estos síntomas o signos pueden manejarlos o controlarlos en casa con remedios caseros y, en caso de que se agraven, buscan la ayuda médica tradicional o del personal del centro de salud o de ambos tipos.

¿Cuán importante es administrar un medicamento en una visita al hospital? La mayoría del personal de salud considera significativo prescribir un medicamento en la consulta médica sólo cuando se lo necesita, pero es preciso romper una barrera cultural de creencia o expectativa que los pacientes tienen y es siempre esperar una prescripción médica, que al no ser ordenada, conduce a dudar de la calidad profesional del médico, por lo cual el trabajador de la salud casi siempre prescribe algún medicamento, así sea vitamina C, en una consulta de IRA que no requiere medicamentos; otro es el caso cuando el niño tiene riesgo de adquirir una IRA grave asociada con desnutrición o el riesgo de contraer dolor de garganta o fiebre.

Discusión

El 86% de las madres, independientemente de la necesidad o no de medicamentos, tiene la expectativa de que el médico les recete un remedio que le alivie el síntoma de IRA que presenta el niño, lo que se corrobora con el estudio de Cordero,²² en el cual se encontró que las madres esperan que los médicos les receten medicamentos para una mejora rápida y efectiva, principalmente inyectables y jarabes. Por el contrario, de acuerdo con Alarcón,²³ la mayoría de las madres esperan que al acudir al centro de salud el médico les hable acerca de la enfermedad, para comprender más el problema, y que examine al niño completamente.

El 52% de las madres no conoce los efectos de los antibióticos y un 22% no encuentra una diferencia entre los antibióticos y los medicamentos sintomáticos, aunque reconocen la importancia de suministrarlos a sus hijos cuando presentan síntomas de IRA; lo que se corrobora con el estudio de Ecker,²⁴ en el cual el 45% afirmó que los antibióticos son efectivos para bajar la fiebre. Igualmente, Guerrero y Raigoza²⁵ encontraron en su estudio que el 47% de la población encuestada define los antibióticos como medicamentos para tratar las infecciones; coherentemente con Briceño,²⁶ quien muestra en su estudio que el 21% indica que los antibióticos calman el dolor. Lo expuesto, pone de manifiesto que la mayoría de las madres no identifican claramente los diferentes tipos de IRA, equiparan los antibióticos y los medicamentos sintomáticos, y por tanto no pueden identificar el efecto y la forma de acción del "remedio", y sin duda alguna la principal preocupación de la madre es curar los síntomas de la IRA.

Hay que considerar que un 20% de las madres suspende la administración de antibiótico cuando termina el tratamiento, resultados similares al estudio de Guerrero,²⁷ quien encontró que sólo el 29.7% afirma que el uso adecuado de los antibióticos se hace cuando se completa el tratamiento tal como lo formula el médico. En contraste, Cordero²⁸ encuentra que, del total de madres, la mayoría cumplieron con el tratamiento, dos de ellas ni siquiera lo comenzaron y una de ellas –por la desconfianza– recurrió a otro médico, en tanto que tres señalaron que suspendieron el tratamiento.

En relación con la información de los trabajadores de la salud, sobre el reconocimiento materno de signos que motiven la búsqueda de atención médica, se encontró que el 72% de los trabajadores de la salud considera una tardanza significativa que termina en IRA graves o complicaciones que se pueden prevenir; además, que las tradiciones culturales están relacionadas con la tardanza de la madre para la búsqueda de ayuda médica. Éstas son argumentaciones similares al estudio de Burgoa,²⁹ quien encontró que el 63% primero solicita consejos a sus allegados y que sólo en el 24% de los casos los consejos estaban encaminados a buscar ayuda médica.

En relación con la comunicación del personal de salud con las madres, se encontró que el 72% del personal no acude al término directo de las representaciones clínicas de IRA y, usualmente, emplean términos descriptivos de signos y síntomas tempranos de alarma de neumonía como “hundimiento de las costillas” para tiraje subcostal, “el niño está caliente o suda” para la fiebre, entre otros. Éstos son resultados similares a los del estudio de Cordero,³⁰ quien identificó dos situaciones particulares en la interacción entre la madre y el médico: la primera, la falta de decisión del personal de salud para decir a la madre la magnitud de la gravedad del niño –en los casos de neumonía y neumonía grave– por temor a la reacción de alar-

ma por parte de ella y, por otro lado, la poca importancia que se le asigna a la comunicación con la madre, por lo que el personal de salud no genera un ambiente de diálogo y confianza con la comunidad.

Se encontró que el 86% de los trabajadores de la salud, en cuanto a las expectativas maternas de remedios para la tos y el resfriado, señala que ellas siempre esperan medicamentos que alivien la tos; hallazgos similares al estudio de la OMS³³ sobre el tratamiento de las infecciones respiratorias en niños, en el cual se señala que las madres suelen llevar a los niños con IRA a recibir asistencia médica por síntomas que consideran preocupantes, principalmente la tos, la fiebre, el dolor de garganta o la congestión nasal, buscando la prescripción de medicamentos tanto para el alivio del malestar y como respuesta al temor de una enfermedad potencialmente grave.

Conclusión

El desconocimiento que tienen las madres acerca de la IRA del niño, aunado a barreras de la comunicación, favorecen la atención o el tratamiento inadecuados que se brinda en el hogar. El personal de salud, en especial los médicos, consideran que las costumbres ancestrales de las madres son la causa de la tardanza en la atención médica, lo que generalmente deriva en complicaciones respiratorias del niño, que podrían ser evitables sólo con estrategias de comunicación y educación en salud.

La IRA sigue causando muertes infantiles en la población indígena, principalmente en las zonas rurales dispersas, por lo que es necesario la implementación de la estrategia extramural de la atención primaria en salud, continua y permanente en estas zonas vulnerables, pobres o marginadas, de lo contrario, este indicador vital de salud pública de muertes no tolerables seguirá sin disminuir en este tipo de poblaciones.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease - Implications for future research. 285:535, 2001.
2. Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo Número 117 de 1998, enero 22, por el cual se aprueba el Acuerdo número 032 del 15 de diciembre de 1997 de la Junta Liquidadora del Instituto para la Seguridad Social y Bienestar de la Policía Nacional, Insspsonal. Bogotá: El Ministerio; 1998.
3. OPS Colombia. Índice de Boletines 2004. ([www.col.ops-oms.org/indice de Boletines2005.asp](http://www.col.ops-oms.org/indice%20de%20Boletines2005.asp). Fecha de acceso 25.09.10).
4. OPS Colombia. Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4: Situación de salud en Colombia - Indicadores básicos OMS, OPS 2007. (www.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm. Fecha de acceso 26.09.10).
5. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia de la infección respiratoria aguda grave y enfermedad similar a influenza (IRAG-ESI), 2007.
6. Tabares E. Ciencia al día AUPEC. Población indígena en riesgo de desaparecer. Cali: Universidad del Valle; 2004 Consultado: 5 de abril de 2011. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/informes/mayo97/boletin37/indigena.html>.
7. ESE Popayán. Punto de atención Totoró. Libro de registro en urgencias pediátricas. Enero a diciembre de 2010.
8. Etnografía del pueblo indígena de los totoroos. Portal Multicultural del Cauca: <http://tampu.ucauca.edu.co/merlin/preview/index.php>.
9. Haws R, Castillo C. Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en región Latinoamérica y el Caribe. Marzo 2004:16. ([www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones Innovadoras.pdf](http://www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones%20Innovadoras.pdf). Fecha de acceso 02.10.10).
10. Minuchin S. Familia y terapia familiar. Barcelona, Gedisa, 1974.
11. Durán MA. Las demandas sanitarias de las familias. Gaceta Sanitaria 18:195-200.
12. Haws R, Castillo C. Intervenciones innovadoras para mejorar la salud del recién nacido/a en región Latinoamérica y el Caribe. Marzo 2004:16. ([www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones-Innovadoras.pdf](http://www.ops.org.bo/basics-II/documentos/Intervenciones%20Innovadoras.pdf). Fecha de acceso 02.10.10).
13. Donato Pérez A. Diagnóstico de salud y diagnóstico educativo: Un enfoque integral. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 1996 Dic [citado 2010 Oct 16]; 22(2): 1-2. Disponible en: (http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434661996000200001&lng=es).
14. OPS/OMS. Agentes comunitarios de salud: Guía general, Serie HCT/AIEPI-15. E, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC, enero 1999.
15. Ministerio de la Protección Social. Encuesta de salud 2007. Resultados del Departamento del Cauca.
16. Harris M. Introducción a la antropología general. Madrid, Alianza, 1982.
17. OPS-OMS. Manual de procedimientos Estudio Etnográfico Focalizado de las infecciones respiratorias agudas 1994.
18. Manual de procedimientos Estudio Etnográfico Focalizado de las infecciones respiratorias agudas OPS-OMS, 1994.
19. Peña S, Romero M. Percepción de salud-enfermedad en los cuidadores intrafamiliares de los menores de cinco años en una localidad de Bogotá-Colombia. Rev Paraninfo Digital, 2007; 2. Disponible en: (<http://www.index-f.com/para/n2/099.php>).
20. Priscilla R, Elizabeth R, Elizabeth T. Investigación aplicada en Salud Pública. métodos cualitativos. Washington, DC, OPS, 1, 2006.
21. Vera Vélez L. La investigación cualitativa. En internet: http://ponce.inter.edu/cai/reserva/lvera/INVESTIGACION_CUALITATIVA.pdf.
22. Cordero Valdivia D y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: Arch Pediatr Urug 72(2):164, 2001.
23. Alarcón Muñoz AM, Vidal Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. Salud Pública Méx 47(6):440-446, 2005.
24. Ecker L, y col. Conocimientos, actitudes y prácticas de las cuidadoras sobre el uso de antibióticos en niños, en un entorno en donde se consiguen sin prescripción médica. Instituto de Investigación Nutricional, Lima, Perú, 2011.
25. Guerrero I, Raigoza M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre antibióticos por parte de la población adulta del barrio Nueva Kennedy, Bogotá, 2009. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 78, 2009.
26. Briceño C y col. Estudio sobre los factores determinantes del uso de antibióticos entre consumidores de El Callao, Perú. Ministerio de Salud del Perú (MINSA), APUA, DATUM Internacional, 9, 2006.
27. Guerrero I, Raigoza M. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre antibióticos por parte de la población adulta del barrio Nueva Kennedy, Bogotá, 2009. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 64, 2009.
28. Cordero Valdivia D y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: Arch Pediatr Urug 72(2):165, 2001.
29. Burgoa Rivero CV, Salas Malle, AA. Conocimientos y actitudes frente a signos de alarma en infecciones respiratorias y diarreicas en niños menores de 5 años. En: Rev Bol Ped 47(2):74, 2008.
30. Cordero Valdivia D y col. Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. En: Arch Pediatr Urug 72(2):166, 2001.
31. Seidel R. Behavior change perspectives and communication guidelines on six child survival interventions. Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, DC, pp. 115-116, 2005.
32. Macfarlane J y cols. British Medical Journal 315(7117):1211-1214, 1997.
33. World Health Organization. Department of child and adolescent health and development. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children 47 p, 2001.

Información relevante

La infección respiratoria aguda no neumónica en menores de 5 años y las expectativas maternas en la atención clínica

Respecto al autor

Carlos Iván Salazar Villamarín. Magister en salud pública, fisioterapeuta y especialista en auditoría en salud con énfasis en epidemiología. Especialista en administración hospitalaria. Candidato a Doctorado en Antropología. Docente universitario, Fundación Universitaria de Popayán, Popayán, Colombia. Experiencia clínica y hospitalaria en procesos de Auditoría en Salud. Dirección del Hospital de primer nivel. Actualmente pertenece a dos grupos de investigación de la Universidad del Cauca y de la Fundación María Cano, Medellín, Colombia. Investigador principal de varios proyectos reconocidos por Colciencias Colombia y ponente de congresos nacionales e internacionales en salud.

Respecto al artículo

El personal médico occidental todavía no comprende ni respeta las costumbres ancestrales de las comunidades indígenas; debe saber que estas costumbres muchas veces llevan a la tardanza de la atención de los niños con infección respiratoria aguda grave al centro de salud, lo que puede tener como consecuencia la muerte o, en el mejor de los casos, cronicidad o secuelas, a pesar de tratarse de una afección totalmente evitable con estrategias de comunicación y educación en salud.

El autor pregunta

Los cuidados de la infección respiratoria aguda (IRA) y las expectativas de la madre sobre el manejo y tratamiento de ésta tienen un impacto positivo en la salud del niño y aliviarán el vacío de calidad en respuesta y prevención primaria relacionada con la IRA infantil dentro de los servicios de salud local, pero genera un riesgo en salud por la posible automedicación con tratamientos caseros.

Para la atención de sus hijos cuando tienen infección respiratoria aguda, las madres indígenas prefieren acudir en busca de ayuda primero a:

- A El médico tradicional.
- B El medico occidental.
- C La familia o madres similares.
- D A nadie.
- E Ninguna de las anteriores.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150682

Palabras clave

servicios de salud del indígena, infección respiratoria aguda, conducta materna, comunidades indígenas, educación en salud

Key words

health services indigenous, severe acute respiratory syndrome, maternal behavior, indigenous population, medical education

Lista de abreviaturas y siglas

IRA, infección respiratoria aguda; OMS, Organización Mundial de la Salud.

Cómo citar

Salazar Villamarín CI, Ramos Valencia OA, Zuluaga AM, Portela Guarín H. La infección respiratoria aguda no neumónica en menores de 5 años y las expectativas maternas en la atención clínica. *Salud i Ciencia* 22(2):124-31, Ago 2016.

How to cite

Salazar Villamarín CI, Ramos Valencia OA, Zuluaga AM, Portela Guarín H. Maternal expectations for the treatment of non-pneumonic acute respiratory infection in children under five years. Salud i Ciencia 22(2):124-31, Ago 2016.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

Atención Primaria, Educación Médica, Enfermería, Neumonología, Pediatría, Salud Pública.

Associação do (Asociación entre el) estado nutricional com a qualidade (y la calidad) de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico

Association between nutritional status and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy

Ítala Farias Cronemberger

Nutricionista, Especialista em Nutrição Oncológica, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, Brasil

Marcella Campos Lima da Luz, Nutricionista, Preceptora del Programa de Residencia en Nutrición Clínica, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, Brasil

Cláudia Sabino Pinho, Doctora en Nutrición, Tutora del Programa de Residencias, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, Brasil

Ilanna Marques Gomes da Rocha, Nutricionista, Residente, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, Brasil

Liliane Alexandre de Souza, Nutricionista, Residente, Hospital das Clínicas de Pernambuco, Recife, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/150436

Recepción: 2/3/2016 - Aprobación: 23/6/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 1/11/2016

Enviar correspondencia a: Ítala Farias Cronemberger, Hospital das Clínicas de Pernambuco, 50670-420, Recife, Brasil
italafarias@hotmail.com

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

Abstract

Introduction: The number of new cancer cases has increased over the years, placing this disease among the most prevalent worldwide. Studies show that the quality of life of cancer patients is impaired and that there is an association between malnutrition and reduced quality of life (QoL). **Objective:** To investigate the association between nutritional status and quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy. **Methods:** Cross-sectional study involving 45 cancer patients from the outpatient chemotherapy service at a university hospital in Northeast Brazil. Anthropometric measurements and QoL were assessed by applying the Quality of Life Questionnaire. **Results:** There was a high percentage of malnutrition, ranging from 15.6% according to body mass index, to 43.9%, according to the muscular circumference of the arm. Median score was verified at 50.0 (Q1 = 41.7; Q3, 50.0) on the scale of general QoL. There were no significant correlations between nutritional status and QoL scores. Only the cognitive performance scale showed inverse correlation with triceps skinfold (TSF) ($p = 0.033$) and arm circumference ($p = 0.011$). Regarding the level of symptoms, diarrhea correlated directly with PCT ($p = 0.025$). **Conclusion:** There was impairment of QoL in the aspect of overall health. Although many studies have shown association between malnutrition and low QoL, this relationship was not observed in this investigation.

Key words: cancer, quality of life, nutritional status, malnutrition, chemotherapy

Resumo

Introdução: Os números de novos casos de câncer vêm aumentando ao longo dos anos (La cantidad de nuevos casos de cáncer está aumentando a lo largo de los años), fazendo com que esta doença esteja entre uma das mais prevalentes no (provocando que esta enfermedad sea una de las más prevalentes en el) mundo. Estudos evidenciam que a qualidade de vida dos pacientes oncológicos está prejudicada e que há associação (está deteriorada y que existe una asociación) entre desnutrição e redução da qualidade de vida (QV). **Objetivo:** Verificar a associação do estado nutricional com a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. **Métodos:** Estudo transversal envolvendo 45 pacientes oncológicos captados do serviço ambulatorial de quimioterapia de um hospital universitário localizado no Nordeste brasileiro. Foram avaliadas (Fueron evaluadas) medidas antropométricas e a QV, a partir da aplicação do Quality of life Questionnaire. **Resultados:** Observou-se elevado percentual de desnutrição, variando de 15.6%, segundo o (según el) índice de massa corporal, a 43.9%, segundo a circunferência muscular do braço (del brazo). Foi verificada uma pontuação mediana de 50.0 (Q1 = 41.7; Q3 = 50.0) para a escala de estado geral de QV. Não foram observadas importantes correlações entre os estado nutricional e os escores (puntajes) de QV. Apenas escala de desempenho cognitivo apresentou correlação inversa com a prega cutânea tricipital (el pliegue cutáneo del triceps) (PCT) ($p = 0.033$) e circunferência do braço ($p = 0.011$). Em relação à escala de sintomas, a diarreia se correlacionou diretamente a PCT ($p = 0.025$). **Conclusão:** Verificou-se comprometimento da (compromiso de la) QV no aspecto de saúde global. Embora muitos estudos demonstrem associação entre a desnutrição e baixa (Aunque muchos estudios demuestren la asociación entre desnutrición y baja) QV, essa relação não foi evidenciada nessa (no fue probada en esta) investigação.

Palavras chave: câncer, calidad de vida, estado nutricional, desnutrición, quimioterapia

Introdução

Câncer é o nome dado a um (Cáncer es el nombre dado a un) conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o (enfermedades que tienen en común el) crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (los tejidos y órganos, y pueden propagarse) (metástase) para outras

regiões do corpo (del cuerpo).¹ No Brasil, estimativas para o ano (En Brasil, las estimaciones para el año) de 2016 indicam a ocorrência de (la aparición de) aproximadamente 596 000 casos, incluindo os casos de câncer de pele não (incluyendo los casos de cáncer de piel no) melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país (del cáncer en el país).²

Os sinais e sintomas mais (*Los signos y síntomas más*) prevalentes da doença são: perda de peso (*pérdida de peso*) progressiva, anemia, anorexia, dor (*dolor*), náuseas, vômitos e fadiga (*y fatiga*).³ O tratamento clássico do câncer pode ser feito (*puede ser realizado*) através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea, às vezes, sendo necessária mais de uma (*a veces se necesita más de una*) modalidade.⁴

Estudos evidenciam ligação direta (*muestran un vínculo directo*) entre o tratamento quimioterápico e o aparecimento de efeitos colaterais (*y la aparición de efectos secundarios*) adversos, como fadiga, náuseas e vômitos, alterações na função intestinal, paladar e/ou olfato, mucosites, ocorrendo também mudança nos (*también hay cambios en los*) hábitos alimentares, maior tempo (*mayor tiempo*) de internação hospitalar e redução na qualidade de vida (QV) (*reducción en la calidad de vida [CV]*).^{3,5,6}

Nas duas (*En las dos*) últimas décadas, a QV dos pacientes tornou-se importante no campo da (*se volvió importante en el campo de la*) nutrição e oncologia. A Organização Europeia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC) criou um questionário validado específico para pacientes oncológicos que mede a QV e a (*mide la CV y la*) relaciona com saúde.⁷ A avaliação da (*La evaluación de la*) QV em pacientes com câncer é importante para prover informação relacionada às decisões (*con las decisiones*) de tratamento, monitorar os sintomas da doença, os efeitos colaterais não desejados e (*los efectos secundarios no deseados e*) indicar intervenções que melhorem o bem-estar do (*mejoren el bienestar del*) paciente.⁸

Malihi et al.⁹ encontraram que sintomas mecânicos, físicos e psicológicos, ocasionados pela (*por la*) quimioterapia, incluindo anorexia, náuseas, boca seca e escalas funcionais diminuídas resultaram na deterioração da (*en deterioro de la*) QV global em pacientes com leucemia. Verifica-se assim que a (*De esta manera se comprueba la*) interação entre os fatores relacionados ao estado nutricional e os relacionados à própria doença e seu (*y aquellos relacionados con la propia enfermedad y su*) tratamento representam uma combinação que pode influenciar diretamente a QV do paciente oncológico.⁵

O objetivo do presente estudo foi verificar a (*El objetivo de este estudio fue verificar la*) associação do estado nutricional com a qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.

Métodos

Estudo transversal, observacional, desenvolvido no (*desarrollado en el*) período de março a agosto de 2015, em um hospital universitário de Pernambuco, envolvendo (*involucrando*) pacientes em tratamento quimioterápico.

Foram incluídos indivíduos adultos e idosos, com idade (*y ancianos, con edad*) entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, em regime (*de ambos sexos, en régimen*) terapêutico quimioterápico, a partir do segundo ciclo de quimioterapia. Foram considerados ineligíveis os (*inelegibles los*) pacientes iniciantes no tratamento, aqueles fora (*aquellos afuera*) de possibilidade terapêutica e os que não estivessem em condições (*y los que no estuviesen en condiciones*) para ser realizada avaliação antropométrica, como: presença de edema, amputação de membros e dificuldade para deambular (*y dificultad para caminar*). Também foram considerados ineligíveis os pacientes que apresentassem doenças consumptivas associadas (*enfermedades consuntivas asociadas*) (como HIV-AIDS, insuficiência cardíaca, doença renal crônica em tratamento dialítico [*enfermedad renal crónica en diálisis*], etc).

Para determinar o tamanho da amostra, foi considerada a prevalência de (*el tamaño de la muestra, se consideró la prevalencia de*) desnutrição em pacientes oncológicos de 40%.¹⁰ Tomando como base o número de indivíduos cadastrados no serviço (*registrados en el servicio*) de quimioterapia (220 pacientes), uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95%, totalizando uma amostra mínima de 42 pacientes. Os indivíduos foram selecionados por conveniência, a partir do preenchimento dos (*del cumplimiento de los*) critérios de elegibilidade.

Foram avaliadas variáveis (*Se evaluaron variables*) sociodemográficas (sexo, idade, nível de escolaridade, ocupação e renda familiar mensal [*y los ingresos familiares mensuales*]) e clínicas (diagnóstico do tipo de neoplasia e a localização do tumor primário), obtidas do prontuário dos (*obtenidas del registro de los*) pacientes participantes.

Para a avaliação do estado nutricional, considerou-se o índice de massa corporal (IMC), a circunferência braquial (CB), a prega cutânea tricipital (PCT) e a circunferência muscular do braço (CMB). O peso foi obtido com uso de balança (*El peso se obtuvo con el uso de una balanza*) digital Filizola®, devidamente aferida e calibrada (*ajustada y calibrada*). A altura foi obtida por meio (*se obtuvo mediante*) de estadiômetro acoplado à balança com precisão em centímetros. Para aferição, o paciente ficou em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços (*ajuste, el paciente quedó parado, descalzo, con los talones juntos, la espalda recta y los brazos*) estendidos lateralmente, com a cabeça em plano de Frankfurt.^{11,12} As medidas foram realizadas em duplicata, caso houvesse diferença (*por duplicado, si había diferencia*) superior a 100 g para o peso e maior que 0.5 cm para altura, uma terceira medida foi realizada, sendo considerada a média dos valores mais próximos para efeito (*considerándose la media de los valores más cercanos para efectos*) de registro. O cálculo do IMC foi realizado através da divisão do (*de la división del*) peso, em quilogramas (kg) pela estatura, em metros (m), ao quadrado (*al cuadrado*). O resultado foi expresso em kg/m².¹³

O IMC foi classificado de acordo com o proposto pela (*de acuerdo con el sugerido por la*) Organização Mundial de Saúde¹¹, com as seguintes faixas de distribuição: baixo (*con los siguientes rangos de distribución: bajo*) peso (< 18.5 kg/m²), eutrofia (≥ 18.5 a 25 kg/m²), sobrepeso (≥ 25 a < 30 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²). Para os idosos foram utilizados os (*Para los ancianos se usaron los*) valores propostos por Lipshitz (1994),¹⁴ que define baixo peso (< 22 kg/m²), eutrofia (≥ 22 a 27 kg/m²) e excesso de peso (≥ 27 kg/m²).

As medidas de CB e PCT foram aferidas com fita (*fueron tomadas con cinta*) métrica inelástica e adipômetro, respectivamente. Foi utilizado um adipômetro científico da marca Cescorf®. A CB foi expressa em centímetros.^{11,15} Com os valores obtidos através da aferição da CB e PCT, calculou-se a CMB através da equação: CMB = CB – (π x PCT).¹⁶ Os valores de CB, PCT e CMB obtidos foram comparados com o (*obtenidos se compararon con el*) percentil 50 do padrão de referência proposto (*del valor de referencia sugerido*) por Frisancho (1990)¹⁷ para sexo e faixa etária (*para el sexo y grupo etario*), sendo verificado o percentual de adequação. Para classificação do estado nutricional foi considerada a proposta de Blackburn e Thorton (1979).¹⁸

Para avaliação da QV, foi utilizado o questionário *Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30), validado pela (*validado por la*) Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer, composto por 30 questões, aplicado pelo

pesquisador, abrangendo (*compuesto de 30 preguntas, aplicado por el investigador, abarcando*) cinco escalas funcionais (função física, cognitiva, emocional, social e desempenho funcional); três escalas de sintomas (fadiga, dor, náuseas e vômitos); um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença (*del tratamiento y la enfermedad*); cinco itens que avaliam sintomas comumente relatados por pacientes oncológicos: dispneia, insônia, perda de apetite (*pérdida de apetito*), constipação e diarreia; e, por fim, (*y, finalmente*) uma escala de estado geral de saúde/QV.

Quanto mais próximo (*Cuanto más cerca*) de 100 forem os valores obtidos para as escalas de estado geral de saúde/QV, funções física, cognitiva, social, emocional e desempenho de papel, melhor seu funcionamento ou que essas condições estão melhores (*o que esas condiciones están mejores*). As escalas de sintomas e dificuldades financeiras, por sua vez (*por otro lado*), quanto mais próximas de 100 forem os valores, significa maior presença desses sintomas e dificuldades (*mayor presencia de estos síntomas y dificultades*).

Os pacientes foram avaliados por profissional treinado e habilitado para tal função (*capacitado y habilitado para esta función*). A consistência interna foi medida usando-se o coeficiente alfa de Cronbach, que mede constructos latentes (*que mide los constructos latentes*) determinando a consistência interna dos itens através da correlação média das questões (*de los tópicos a través de la correlación promedio de las preguntas*) dentro de um item. Quanto maior o coeficiente alfa, mais este contribui na construção da (*esto ayuda aún más en la construcción de la*) escala, sendo considerados bons os valores (*buenos los valores*) entre 0.65 e 1.

Este estudo foi aprovado pelo (*fue aprobado por el*) Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), sob o (*bajo el*) número do 40570914.0.0000.5208/2015. Todos os participantes da pesquisa foram devidamente esclarecidos a respeito dos objetivos e da (*fueron debidamente informados respecto de los objetivos y la*) metodologia empregada, para o qual foram seguidas todas as (*para la cual fueron seguidas todas las*) normas éticas vigentes, e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (*y firmaron el consentimiento libre e informado*).

Os dados foram analisados com o auxílio do (*Los datos se analizaron con la ayuda del*) programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS* versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). As variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade da distribuição pelo teste (*Las variables continuas fueron probadas respecto de la normalidad de la distribución mediante la prueba*) de Kolmogorov-Smirnov, sendo descritas na forma de média e desvio padrão quando apresentaram (*en la forma de promedio y desviación estándar cuando los presentaron*) distribuição normal. Os escores (*Los puntajes*) de qualidade de vida apresentaram distribuição não normal e foram descritos na (*vida mostraron una distribución no normal se describen en la*) forma de mediana e intervalo interquartil. O teste de correlação de Spearman foi empregado para análise da relação (*se utilizó para el análisis de la relación*) entre medidas antropométricas e escore de QV. A comparação dos escores de QV em função de variáveis clínicas e demográficas foi realizada através de teste U de Mann-Whitney (duas medianas) ou Kruskal-Wallis (mais de duas medianas). Foi adotado um nível (*Se adoptó un nivel*) de significância estatística de 5%.

Resultados

Foram avaliados 45 pacientes, com média de idade 54.1 (± 13.5) anos, maior proporção do sexo feminino (57.8%) e de indivíduos com baixa escolaridade (*con bajo nivel de educación*) (53.3%). A maioria dos pacientes tinha a (*La mayoría de los pacientes tenían*) quimioterapia como monoterapia (86.7%) e a média do (*y el promedio del*) ciclo de tratamento foi 4.1 (± 2.5). Quanto à localização do (*En cuanto a la ubicación del*) tumor, predominaram os cânceres de mama e ginecológico (40.0%) e hematológico (26.7%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial em Hospital Universitário, Recife, Pernambuco, Brasil (n = 45).

Variáveis	Valores
Idade (média, DP)	54.1 (13.5%)
Sexo (n, %)	
Masculino	19 (42.4%)
Feminino	26 (57.8%)
Escolaridade (n, %)	
Ens. fundamental	24 (53.3%)
Ens. médio	14 (3.1%)
Ens. superior	2 (4.4%)
Analfabeto	5 (11.1%)
Profissão (n, %)	
Assalariado	16 (35.6%)
Autônomo	19 (42.2%)
Do lar	10 (22.2%)
Tratamento (n, %)	
Quimioterapia	39 (86.7%)
Químio + Radio	6 (13.3%)
Ciclo (média, DP)	4.1 (2.5%)
Periodicidade (n, %)	
1 semana	(57.8%)
> 1 semana	19 (42.2%)
Localização do tumor (n, %)	
Mama e ginecológico	18 (40.0%)
Hematológico	12 (26.7%)
Trato gastrointestinal	10 (22.2%)
Outros	5 (11.1%)

A comparação dos escores de QV em função de variáveis clínicas e demográficas não apresentaram correlação (*no mostraron correlación*) estatisticamente significativa (Tabela 2).

Quanto à classificação do (*Respecto de la clasificación del*) estado nutricional, observaram-se elevados percentuais de desnutrição, variando de 15.6% segundo o IMC e 43.9% segundo a CMB. Além disso, o (*Además, el*) IMC evidenciou excesso de peso em quase metade dos (*en casi la mitad de los*) pacientes (44.4%) (Figura 1).

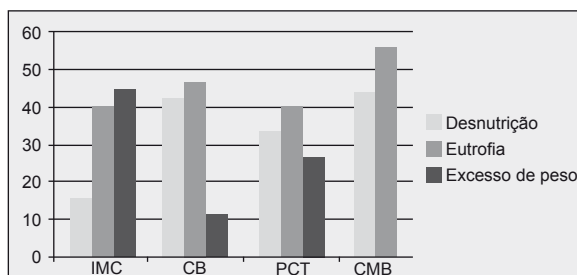


Figura 1. Classificação do estado nutricional de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial em Hospital Universitário, Recife-Pernambuco, Brasil (n = 45).

Tabela 2. Associação entre qualidade de vida e fatores demográficos e clínicos de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial em Hospital Universitário, Recife, Pernambuco, Brasil (n = 45).

Variáveis	n	Mediana (intervalo interquartilico)	p-valor
Sexo			
Masculino	19	50.0 (41.7-50.0)	0.400
Feminino	26	45.8 (39.6-50.0)	
Faixa etária			
Adulto	28	41.7 (41.7-50.0)	0.298
Idoso	17	50.0 (41.7-50.0)	
Tratamento			
Quimioterapia	39	50.0 (41.7-50.0)	0.935
Quimio + Radio	6	45.8 (35.4-52.1)	
Número de ciclos			
≤ 4	30	45.8 (41.7-50.0)	0.650
≥ 4	15	50.0 (33.3-50.0)	
Periodicidade			
1 semana	26	41.7 (41.7-50.0)	0.274
> 1 semana	19	50.0 (41.7-50.0)	
Localização			
Mama e ginecológico	18	41.7 (33.3-50.0)	0.233
Trato gastrointestinal	10	50.0 (41.7-50.0)	
Hematológico	12	50.0 (41.7-50.0)	
Outros	5	50.0 (41.7-62.5)	

*Teste U de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis.

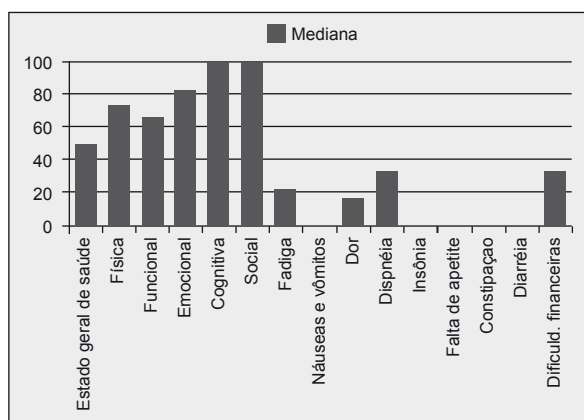


Figura 2. Pontuação das escalas do questionário de qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial em Hospital Universitário, Recife, Pernambuco, Brasil (n = 45).

Tabela 3. Correlação entre as variáveis antropométricas e componentes da escala de qualidade de vida aplicada em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico ambulatorial em hospital Universitário, Recife, Pernambuco, Brasil (n = 45).

Escala	IMC		CB		PCT		CMB	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Saúde global	-0.010	0.946	0.052	0.73	0.121	0.427	-0.076	0.618
Física	-0.082	0.546	-0.004	0.979	0.037	0.810	-0.078	0.608
Funcional	-0.095	0.533	-0.112	0.464	-0.177	0.243	-0.024	0.873
Emocional	-0.188	0.217	-0.240	0.112	-0.232	0.125	-0.097	0.525
Cognitivo	-0.248	0.059	-0.376	0.011*	-0.318	0.033*	-0.151	0.321
Social	0.004	0.979	-0.004	0.981	-0.016	0.916	-0.024	0.873
Fadiga	0.025	0.871	0.029	0.849	0.077	0.614	-0.040	0.793
N/V	-0.024	0.875	-0.024	0.875	0.057	0.708	-0.019	0.899
Dor	-0.002	0.991	0.000	0.999	0.178	0.242	-0.079	0.604
Dispneia	0.039	0.798	0.050	0.744	0.162	0.289	-0.135	0.376
Insônia	0.137	0.369	0.059	0.700	0.144	0.455	-0.057	0.709
Apetite	-0.031	0.841	-0.039	0.801	0.144	0.456	-0.026	0.866
Constipação	0.040	0.795	0.172	0.258	0.179	0.240	0.036	0.816
Diarréia	0.124	0.417	0.139	0.361	0.334	0.025*	-0.086	0.567
D. financeiras	0.039	0.798	0.050	0.744	0.162	0.289	-0.135	0.376

*p valor < 0.05 para correlação de Spearman.

IMC, índice de massa corporal; CB, circunferência do braço; PCT, prega cutânea tricipital; CMB, circunferência muscular do braço.

As medianas dos escores de QV estão apresentadas na Figura 2, sendo possível verificar que as escalas funcionais foram as (es posible verificar que las escalas funcionales fueron las) que apresentaram maiores pontuações (mais próximos de 100). Foi observado também, de uma forma geral, baixos escores para as (en general, las bajas puntuaciones de las) escalas de sintomas e dificuldades financeiras, indicando resultados favoráveis em todos esses aspectos (en todos estos aspectos). Para a escala de estado geral de QV obteve-se pontuação mediana de 50.0 (Q1 = 41.7; Q3 = 50.0), observando-se um comprometimento nesse aspecto (observándose un compromiso a este respecto).

Quando analisada a correlação (Cuando se evalúa la correlación) entre parâmetros antropométricos e as sub-escalas que compõem o (y las subescalas que constituyen el) escore global de QV, foi observada correlação inversa entre a função cognitiva com CB (r = -0.376; p = 0.011) e PCT (r = -0.318; p = 0.033), e correlação positiva entre a escala de sintoma de diarréia com a PCT (r = 0.334; p = 0.025) (Tabela 3).

A consistência interna, avaliada pelo (evaluada mediante el) coeficiente alfa de Cronbach, foi elevada em todas as subescalas, com um valor de 0.858.

Discussão

Muitos fatores contribuem para a piora do (Hay muchos factores que contribuyen al empeoramiento del) estado nutricional dos pacientes oncológicos, que por sua vez está associado com um pior prognóstico e tem um (a su vez se asocia con un peor pronóstico y tiene un) impacto direto, mas não muito bem (pero no muy bien) documentado, sobre a qualidade de vida destes pacientes. Têm-se demonstrado que os (Ha sido demostrado que los) escores de QV dos pacientes desnutridos foram piores do que os dos eutróficos (eran peores que los de los eutróficos).¹⁹

A idade média encontrada (54.1 ± 13.5 anos) e a maior proporção de mulheres (57.8%) foi similar ao achados de outros estudos (a los hallazgos de otros estudios) que avaliaram o estado nutricional de pacientes oncológicos em quimioterapia.²⁰⁻²²

A maior prevalência de câncer de mama e ginecológico foi um resultado apontado por outros (señalado por otros) estudos que também avaliaram a relação entre QV e estado nutricional em pacientes com câncer em tratamento quimioterápico.^{5,22} Esse resultado pode ser atribuído à maior proporção do (la mayor proporción del) sexo feminino na população estudada. É importante destacar que dados nacionais também indicam a (datos nacionales también indican la) neoplasia de mama e ginecológica como as duas mais frequentes na população geral (las dos más frecuentes entre la población general).²

Em relação ao estado nutricional, foi verificada variação no (se encontró variación en el) percentual de desnutrição conforme o método de diagnóstico nutricional utilizado. Comparando os valores encontrados, Miranda et al.,⁵ encontraram 11.7% de desnutrição segundo o IMC, 45% segundo a CB, 40% segundo a CMB e 41.7% quando avaliada a PCT, resultados relativamente parecidos com os do presente estudo (con los del presente estudio), que evidenciaram 15.6%, 42.2%, 43.9% e 33.3%, para IMC, CB, CMB e PCT, respectivamente.

Essa variação de valores entre os métodos utilizados deve-se ao fato de que cada um deles pode traduzir um (*es debido al hecho de que cada uno de ellos puede traducir un*) significado diferente. Portanto, como um parâmetro isolado não caracteriza a condição nutricional geral do (*Por lo tanto, como un único parámetro, no caracteriza el estado nutricional general del*) indivíduo, é necessária uma associação de vários indicadores para melhorar a precisão e a acurácia do (*mejorar la precisión y exactitud del*) diagnóstico nutricional.²³

A maior prevalência de desnutrição segundo a (*según la*) CMB observada nesta investigação pode ser atribuída ao fato deste parâmetro estar relacionado à massa (*al hecho de que este parámetro está relacionado con la masa*) muscular. Doenças catabólicas, a exemplo do câncer e insuficiência cardíaca, cursam com importante degradação protéica, havendo mobilização e deposição desproporcionais de tecido muscular e adiposo durante a perda (*cursan con una importante degradación de proteínas, con la movilización y la deposición desproporcionadas de músculo y tejido adiposo durante la pérdida*) de peso.²⁴

Para avaliar as alterações nutricionais decorrentes do (*Para evaluar los cambios nutricionales que resultan del*) tratamento quimioterápico, são recomendados vários métodos antropométricos, entre eles: IMC que reflete a gordura corporal e a (*refleja la grasa corporal y la*) massa muscular; PCT, que reflete a reserva de gordura corporal; CB, que representa o somatório do tecido ósseo, muscular e gorduroso (*la suma del tejido óseo, muscular y adiposo*); e CMB, que indica o comprometimento do tecido muscular. O IMC apesar de ser amplamente utilizado, é um parâmetro que possui (*es un parámetro que tiene*) valor limitado porque não faz distinção entre massa magra e gordurosa, podendo levar a erros quando há expansão (*no distingue entre la masa magra y grasa, puede conducir a errores cuando hay expansión*) de líquido extracelular, ocasionando retenção hídrica e mascarando o real (*y enmascara el verdadero*) estado nutricional.²⁵

Foi encontrado um alto percentual de excesso de peso através do IMC (44.4%), isso pode ser decorrente da amostra ter sido constituída por um (*esto puede ser debido a que la muestra se compone de un*) elevado percentual de mulheres portadoras de câncer de mama, pois se sabe que o (*ya se sabe que el*) excesso de gordura corporal representa um importante fator de risco (*factor de riesgo*) para essa neoplasia. Achado semelhante foi descrito em um (*Similar resultado se describe en un*) estudo que avaliou 100 mulheres sobreviventes de câncer de mama e encontrou 86% de excesso de peso nessas pacientes após o (*en esas pacientes luego del*) tratamento.²⁶ Em contrapartida, foi encontrado um alto percentual de desnutrição pela CMB, mostrando que muitas vezes a depleção de massa magra pode ser mascarada pelo (*el agotamiento de la masa magra puede estar enmascarado por el*) elevado peso corporal. Além disso (*Además*), a coexistência de comprometimento muscular e excesso de gordura corporal pressupõe a ocorrência (*sugiere la presencia*) de obesidade sarcopênica, condição relacionada à maior fragilidade, menor capacidade funcional, pior QV, maior tempo de internamento hospitalar e maior risco (*aumento de la permanencia hospitalaria y mayor riesgo*) de mortalidade.²⁷

Merece destaque o fato de o (*También hay que destacar el hecho de que el*) presente estudo possuir delineamento transversal, com isso, não é possível (*de esta manera, no es posible*) estabelecer relação temporal quanto aos achados (*respecto de los hallazgos*) de composição

corporal, uma vez que não se sabe se esses (*ya que no se sabe si estos*) percentuais de desnutrição encontrados refletem a repercussão da doença ou a condição nutricional prévia do indivíduo.

Qualidade de vida é definida pela OMS como: “*A percepción do indivíduo de sua posição na (la percepción del individuo de su posición en la) vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus (sistemas de valores en los que vive y en relación con sus) objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”. Avaliar a QV em pacientes com câncer é importante para direcionar o tratamento e controlar seus efeitos colaterais (*conducir el tratamiento y controlar sus efectos secundarios*), monitorar os sintomas da doença e buscar ações que melhorem o bem-estar do (*buscar acciones que mejoren el bienestar del*) paciente.²⁸

Em relação às pontuações das (*Respecto de los puntajes de las*) escalas do questionário de QV aplicada nesse estudo, a mediana do valor encontrado para o escore global foi 50.0 (Q1 = 41.7; Q3 = 50.0), refletindo um comprometimento na QV dos pacientes, pois no geral, os indivíduos só pontuaram metade do (*porque, en general, los individuos sólo puntuaron la mitad del*) escore total possível de ser obtido. Estudos anteriores com pacientes oncológicos em quimioterapia relataram valores de 82.3 (\pm 16.28), 64 (\pm 12), 44.1 (\pm 9.4), para essa escala, mostrando que há uma grande variação na percepção da (*existe una gran variación en la percepción de la*) QV, mesmo em populações com a mesma patologia e (*aun en poblaciones con la misma afección y*) tratamento semelhante.²⁸⁻³⁰ É difícil e complexo mensurar a (*Es difícil y complejo medir la*) QV, uma vez que esta sofre influência de valores culturais, éticos, religiosos e das percepções individuais.³¹ Portanto, as variações nas pontuações (*Por lo tanto, las variaciones en las puntuaciones*) observadas em diferentes investigações podem ser atribuídas à subjetividade e multidimensionalidade que revestem o conceito da (*abarcán el concepto de la*) QV.

Quanto às (*Respecto de las*) escalas funcional e física, um estudo avaliando 100 mulheres após o tratamento (*luego del tratamiento*) para câncer de mama, encontrou valores de 98.7 e 85.4, respectivamente, apresentando valores superiores aos achados desse (*a los hallazgos de este*) estudo (66.7 (38.9-83.3) e 73.3 (60.0-80.0), respectivamente).³² As escalas física e funcional de QV refletem aspectos importantes como alterações nas atividades do trabalho ou (*cambios en las actividades del trabajo o*) atividades diárias (usar o banheiro, trocar de roupa, fazer uma caminhada [*usar el baño, cambiar la ropa, hacer una caminata*]). Um estudo com 20 pacientes adultos e idosos de ambos os sexos, com diagnóstico de câncer, em quimioterapia, encontrou altos valores de pontuação para as funções emocionais, cognitivas e sociais (67.9, 63.3 e 68.3, respectivamente).²⁸ Os resultados do presente estudo revelaram pontuações ainda maiores, refletindo maior satisfação em relação a esses (*aun mayores, lo que refleja una mayor satisfacción en relación con estos*) aspectos.

Tem sido demonstrado que o câncer tem (*Se ha demostrado que el cáncer tiene*) profundo impacto psicossocial na vida dos pacientes e seus familiares, pois estes experimentam sentimentos de preconceito, medo de morte e mutilação, receio dos efeitos colaterais do (*ya que éstos experimentan sentimientos de prejuicio, miedo a la muerte y mutilación, miedo a los efectos secundarios del*) tratamento e sentimentos de desvalorização social.³³ Dessa forma, a doença provoca reações devastadoras tanto no âmbito orgânico como no (*reacciones devastadoras tanto*

a *nivel orgánico como*) emocional. Portanto, o desgaste físico e emocional decorrente do diagnóstico e tratamento da doença (*causados por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad*), comumente influencia fortemente a QV dos pacientes oncológicos, aspecto que não foi observado nos resultados desse estudo (*aspecto que no se observó en los resultados de este estudio*).

A ausência de associação entre sexo, faixa etária (*grupo etario*), tipo de tratamento, número de ciclos realizados, periodicidade e localização do tumor, com o escore global de QV, também foi relatada em outros estudos.^{34,35}

Não foi verificada correlação entre a (*No hubo correlación entre la*) escala de saúde global, e os parâmetros de avaliação nutricional. No entanto, um estudo envolvendo (*Sin embargo, un estudio con*) 97 pacientes portadores de diversos tipos de câncer em tratamento quimioterápico, avaliados pela Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente (ASG-PPP), verificou que aqueles que eram moderadamente e gravemente (*observó que los que estaban moderada y gravemente*) desnutridos apresentaram pior QV e condições de saúde, quando avaliada a (*cuando era evaluada mediante la*) escala global de QV.²² Outro estudo que avaliou 115 pacientes portadores de câncer de orofaringe não mostrou diferença no escore dessa escala em função do (*no mostró ninguna diferencia en el puntaje de la escala debido al*) estado nutricional.²⁶

A correlação inversa entre desempenho cognitivo e CB e PCT é um (*es un*) resultado discordante de relatos prévios de outros estudos, pois se observa que não só esta escala, mas outras (*se observa que no sólo esta escala, sino otras*) também apresentam escores mais elevados para os pacientes com melhor estado nutricional. Em um (*En un*) estudo realizado em Bangladesh com 250 mulheres com câncer de mama, mostrou que os escores para a função cognitiva nas (*se observó que los puntajes para la función cognitiva en las*) mulheres com IMC abaixo de 18.5kg/m² foram menores que os daquelas bem nutridas (*las de aquellas bien alimentadas*).³⁶

Alguns autores definem a (*Algunos autores definen la*) função cognitiva como resultado de um desempenho saudável do (*un desempeño sano del*) cérebro como a atenção e concentração, função executiva, processos de informações rápidas, linguagem, funcionamento motor, habilidade visual e espacial e a memória. Os prejuízos que os (*Los daños que los*) quimioterápicos podem causar no desempenho da função cognitiva são relacionados a (*están relacionados con*) leucoencefalopatia (alteração na substância branca cerebral), a resposta inflamatória cerebral induzida pela ação das (*por acción de las*) citocinas, a anemia e a menopausa precoce.²⁰

Quanto aos sintomas, a pontuação da (*Respecto a los síntomas, el puntaje de la*) escala de diarreia correlacionou-se de modo direto com a PCT. Um estudo utilizando a ASG-PPP como forma de classificação do estado nutricional, revelou que nos pacientes classificados como bem nutridos, houve menor aparecimento (*hubo menos casos*) de diarreia ($p < 0.001$),^{26,37} diferentemente dos achados desse estudo (*de los hallazgos de este estudio*), que identificou correlação positiva com a escala desse sintoma.

Embora muitos (*Aunque muchos*) estudos demonstrem associação entre a desnutrição e baixa QV, essa relação não foi evidenciada nessa (*esa relación no se observó en esta*) investigação. Tal resultado pode decorrer do tamanho insuficiente da amostra (*puede deberse al tamaño insuficiente de la muestra*) para detectar tal associação.

Como limitações do estudo, é (*Como limitaciones del estudio, es*) importante destacar a não aleatoriedade no processo de seleção amostral, portanto a (*no aleatoriedad del proceso de selección de la muestra, por lo tanto la*) extrapolação dos resultados obtidos para outros pacientes oncológicos deve ser realizada com cautela.

Outro aspecto importante que deve ser mencionado foi o fato de não ter sido (*fue el hecho de no haber sido*) utilizada a ASG-PPP, que é considerada um (*que se considera un*) instrumento sensível e útil para avaliação nutricional de pacientes portadores de câncer. Além disso, a inexistência de um ponto de corte (*Por otra parte, la ausencia de un valor de corte*) para classificar o nível de qualidade de vida compromete a interpretação de alguns resultados e a (*algunos resultados y la*) possibilidade de inferir mais precisamente sobre a qualidade de vida.

Conclusão

A avaliação da QV é complexa e (*es compleja y*) multidimensional. Nos pacientes avaliados, verificou-se comprometimento da QV sob alguns aspectos (*bajo algunos aspectos*) (saúde global) e satisfação em relação a outros (*satisfacción respecto de otros*) domínios (sintomas, emocional e físico).

Entretanto, não se deve deixar de considerar que as (*no hay que dejar de considerar que las*) condições nutricionais podem repercutir em pior (*en una peor*) QV. Sendo assim, a realização de mais (*Por lo tanto, la realización de más*) estudos contribuiria para destacar a importância de preservar o estado nutricional do paciente oncológico, além disso, estudos que estabeleçam (*además, estudios que definan*) cortes para pontuação da QV seriam de extrema importância e ampliariam a aplicabilidade dos (*y ampliarían la aplicabilidad de los*) instrumentos de avaliação.

Bibliografía

1. Cozerattolini R, Gallon CW. Qualidade de vida e perfil nutricional de pacientes com câncer colorretal colostomizados. *Rev Bras Coloproct* 30(3):89-28, 2010.
2. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>. Acesso em: 21/1/2016.
3. Toscano BAF, Coelho MS, Abreu HB, Logrado MHG, Fortes RC. Câncer: implicações nutricionais. *Com Ciências Saúde* 19(2):71-80, 2008.
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil. Tratamento do câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>. Acesso em: 13/8/2014.
5. Miranda TV, Neves FMG, Costa GNR, Souza MAM. Estado nutricional e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Cancerol* 59(1):57-64, 2013.
6. Verde SMML, São Pedro BMO, Netto MM, Damasceno, NRT. Aversão alimentar adquirida e qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária. *Rev Nutr* 22(6):95-07, 2009.
7. Thoresen L, Frykholm G, Lydersen S, Ulveland H, Baracos V, Birdsell L, et al. The association of nutritional assessment criteria with health-related quality of life in patients with advanced colorectal carcinoma. *Eur J Cancer Care* 21:05-16, 2012.
8. Nicolussi AC, Sawada NO. Fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes com câncer de cólon e reto. *Acta Paul Enferm* 23(1):125-30, 2010.
9. Malihi Z, Kandiah M, Chan Y, Hosseinzadeh M, Sohanaki MA, Zarif MY. Nutritional status and quality of life in patients with acute leukaemia prior to and after induction chemotherapy in three hospitals in Tehran, Iran: A prospective study. *J Hum Nutr Diet (Suppl.1)*:23-31, 2013.
10. Pastore CA, Oehlschlaeger MHK, Gonzalez MC. Impacto do estado nutricional e da força muscular sobre o estado de saúde geral e qualidade de vida em pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão. *Rev Bras Cancerol* 59(1):43-49, 2013.
11. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995.
12. Lohman TG. Skinfolds and body density and their relation to body fatness: a review. *Hum Biol* 53(2):81-25, 1981.
13. Duarte AC, Castellani FR. Semiologia nutricional. Rio de Janeiro: Axel Books; 2002.
14. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 21(1):55-67, 1994.
15. Nacif M, Viebig RF. Avaliação antropométrica nos ciclos da vida: uma revisão prática. São Paulo: Editora Metha, p. 47, 2007.
16. Frisancho AR. New norms of upper limb fat and muscle areas for assessment of nutritional status. *Am J Clin Nutr* 34:40-45, 1981.
17. Frisancho AR. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. Ann Arbor, Michigan, University of Michigan Press, 1990.
18. Blackburn GL, Thorton PA. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Med Clin North Am* 63:03-05, 1979.
19. Borges LR, Paiva SI, Silveira, DH, Assunção, MCF, Gonzalez, MC. Can nutritional status influence the quality of life of cancer patients? *Rev Nutr* 23(5):45-53, 2010.
20. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. *Texto Contexto Enferm* 17(4):50-7, 2008.
21. Mohammadi S, Sulaiman S, Koon P, Amani R, Hosseini SM, Association of Nutritional Status with Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Asian Pac J Cancer Prev* 1(14), 2013.
22. Vergara N, Montoya JE, Luna HG, Amparo JR, Cristal-Luna G. Quality of life and nutritional status among cancer patients on chemotherapy. *Oman Med J* 28(4):70-4, 2013.
23. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Bacal F, Ferraz AS, Albuquerque D, Rodrigues D, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica. *Arq Bras Cardiol* 98(1):1-33, 2012.
24. Cuppari L, Draibe AS. Avaliação nutricional de pacientes renais crônicos em programa de hemodialise. Estudo multicêntrico. *Rev Assoc Med Bras* 35:9-14, 1989.
25. Tartari RF, Busnelo FM, Nunes CHA. Perfil nutricional de pacientes em tratamento quimioterápico em um ambulatório especializado em quimioterapia. *Rev Bras Cancerol* 56(1):43-50, 2010.
26. Jager-Wittenaar HT, Dijkstra PU, Arjan Vissink DDS, Van der Laan BFA, Vanoort MROBP, Roodenburg JLN. Malnutrition and quality of life in patients treated for oral or oropharyngeal cancer. Wiley Online Library 2010.
27. Meng P, Yi-xin HU, Ying Z, Zhang M, SUN J et. al. Sarcopenia and sarcopenic obesity among men aged 80 yea and older in Beijing: prevalence and its association with functional performance. *Geriatr Gerontol Int* 14(Suppl. 1):29-35, 2014.
28. Azevedo CD, Dal Bosco SM. Perfil nutricional, dietético e qualidade de vida de pacientes em tratamento quimioterápico. *Consc Saúde* 10(1):23-30, 2011.
29. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Rev Esc Enferm* 47(2):55-61, 2013.
30. Sat-Muñoz AD, Morán Mendoza PJ, Solano-Murillo LMA, Balderas-Peña D, Rivera-Morales A, Iñiguez-Virgen AL, et al. Papel del cuestionario EORTC QLQ-C30 en la predicción de riesgo de desnutrición en pacientes mexicanos con cáncer de cabeza y cuello. *Nutr Hosp* 27(2):77-82, 2012.
31. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem* 10(6):57-64, 2002.
32. Mohammadi S, Sulaiman S, Koon PB, Amani R, Hosseini SM. Impact of healthy eating practices and physical activity on quality of life among breast cancer survivors. *Asian Pac J Cancer Prev* 14(1):81-7, 2013.
33. Makluf ASD, Dias RC, Barra AA. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Cancerol* 5(1):49-58, 2006.
34. Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi, D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Oman Med J* 24:04-07, 2009.
35. Mansano-Schlosser TC, Ceolim MF. Qualidade de vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. *Texto Contexto Enferm* 21(3):01-07, 2012.
36. Rahman M, Abul Ahsan A, Monalisa, NN, Rahman k. Influence of socioeconomic status and bmi on the quality of life after mastectomy in bangladeshi breast cancer patients in a public hospital. *Jpn J Clin Oncol* 44(12):50-7, 2014.
37. Sampaio HAC, Oliveira NM, Sabry MOD, Carioca AAF, Pinheiro LGP. *Rev Bras Cancerol* 58(2):23-30, 2012.

Información relevante**Associação do (*Asociación entre el*) estado nutricional com a qualidade (*y la calidad*) de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico****Respecto a la autora**

Ítala Farias Cronemberger. Nutricionista. Especialización en Nutrición Oncológica, Residencia médica curso. Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Residencia médica en: Nutrición Clínica, Graduación en Nutrición, Universidade Federal do Piauí, Piauí, Brasil. Tema central de investigación: nutrición en oncología.

Respecto al artículo

Nos pacientes avaliados nesse estudo, verificou-se comprometimento da qualidade de vida (QV) sob alguns (*En los pacientes evaluados en este estudio se encontró un compromiso de la calidad de vida [CV] en algunos*) aspectos (saúde global) e satisfação em relação a outros domínios (síntomas, emocional e físico). Embora muitos (*Aunque muchos*) estudos demonstrem associação entre a desnutrição e baixa QV (*desnutrición y baja CV*), essa relação não foi evidenciada nessa (*no se demostró en esa*) investigação. De qualquer forma, não se deve deixar (*no hay que dejar*) de considerar que as condições nutricionais podem repercutir em pior QV (*pueden repercutir en una peor CV*).

La autora pregunta

Muchos factores contribuyen al deterioro del estado nutricional de los pacientes oncológicos, lo que a su vez se asocia con un peor pronóstico y tiene un impacto directo, pero no muy bien documentado, en la calidad de vida de estos pacientes. Evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer es importante para conducir el tratamiento y controlar los efectos secundarios, monitorizar los síntomas y buscar acciones para mejorar el bienestar del enfermo.

De los siguientes factores a considerar para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes, indique la afirmación correcta:

- A** La evaluación nutricional se hace con un solo método.
- B** La obesidad constituye un riesgo para la neoplasia de mama.
- C** La obesidad sarcopénica mejora el pronóstico y la calidad de vida.
- D** El tratamiento del cáncer no produce efectos adversos.
- E** La ASG-PPP es un método poco sensible.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150436

Palabras clave

cáncer, calidad de vida, estado nutricional, desnutrición, quimioterapia

Key words

cancer, quality of life, nutritional status, malnutrition, chemotherapy

Lista de abreviaturas y siglas

QV, qualidade de vida; EORTC, Organização Européia para a Pesquisa e Tratamento do Câncer; IMC, índice de massa corporal; CB, circunferência braquial; PCT, prega cutânea triptal; CMB, circunferência muscular do braço; CEP/CCS/UFPE, Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco; ASG-PPP, Avaliação Subjetiva Global Produzida Pelo Próprio Paciente.

Cómo citar

Farias Cronemberger Í, Sabino Pinho C, Campos Lima da Luz M, Marques Gomes da Rocha I, Alexandre de Souza L. Associação do (*Asociación entre el*) estado nutricional com a qualidade (*y la calidad*) de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. *Salud i Ciencia* 22(2):132-9, Ago 2016.

How to cite

Farias Cronemberger Í, Sabino Pinho C, Campos Lima da Luz M, Marques Gomes da Rocha I, Alexandre de Souza L. Association between nutritional status and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Salud i Ciencia 22(2):132-9, Ago 2016.

Orientación

Clínica

Conexiones temáticas

Atención Primaria, Educación Médica, Nutrición, Oncología.

Criterios actuales en la medicina transfusional perioperatoria

Current opinions in perioperative transfusion medicine

Juan V. Llau Pitarch

Médico, Jefe de Sección, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Raquel Ferrandis Comes, Médica, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Politécnico Universitario La Fe, Valencia; Profesora Asociada de Fisiología, Universidad de Valencia, Valencia, España

Alejandro Duca, Médico Residente, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Miguel Rosas, Médico Anestesiólogo, Servicio de Anestesiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsic.php/150191

Recepción: 21/6/2016 - Aprobación: 31/8/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 24/10/2016

Enviar correspondencia a: Juan V. Llau Pitarch,
Hospital Clínic Universitari de València, España,
46010, Valencia, España
juanvllau@gmail.com

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

Abstract

Blood transfusion as well as blood conservation strategies are the basis of so-called transfusion medicine, which is founded on the multidisciplinary work of anaesthesiologists, surgeons, haematologists, internists, etc. Its main objective is to avoid unnecessary transfusions. It is out of the question that a knowledge of transfusion indications, with the application of physiological triggers for red blood cells and the use of viscoelastic test-based guidelines for plasma and platelets, forces us to stay constantly abreast of the latest guidelines in this field. It is true that the blood products transfused today are the safest ever, although a zero-risk situation is impossible to reach. So, it is always important to keep in mind, as an essential part of transfusion medicine, a balance between risk and benefits in the indication of every single hemoderivate we prescribe. Taking into account the need for better criteria in the final transfusion decision, trying to use every resource available to minimise allogenic blood administration (also avoiding infra-transfusion), the concept of "patient blood management" has been developed. Its main objective for the surgical patient is to optimise preparation in the preoperative period, to minimise blood loss and bleeding during surgery, as well as to optimise the physiological tolerance of anaemia in the postoperative period.

Key words: transfusion, hemoderivates, perioperative anemia, transfusion medicine, transfusion trigger

Resumen

La transfusión de hemoderivados y sus técnicas de ahorro son la base de la medicina transfusional, que se fundamenta en el trabajo multidisciplinario de anestesiólogos, cirujanos, hematólogos, internistas, entre otros. Su objetivo esencial es disminuir o evitar las denominadas transfusiones innecesarias. No cabe duda de que el conocimiento de las indicaciones de administración de cada uno de los hemoderivados, con la aplicación de los *triggers* fisiológicos cuando se hace referencia a los concentrados de hematíes, o de la monitorización con pruebas de viscoelasticidad cuando se habla de la transfusión de hemostáticos, hacen que debamos ser conocedores de las nuevas tendencias decisionales en este campo. La sangre que se transfunde en el momento actual es la más segura que hemos tenido nunca, pero es imposible llegar al "riesgo cero", por lo que siempre es necesario tener en cuenta, como parte de la medicina transfusional, el equilibrio entre riesgo y beneficio en la indicación de cada uno de los hemoderivados que administramos. A partir de la premisa de transfundir con mejor criterio, tratando de emplear todos los recursos para minimizar la transfusión de sangre alogénica sin entrar en la infratransfusión, se desarrolla el concepto de "*patient blood management*", cuya esencia es la óptima preparación del paciente, la minimización del sangrado y las pérdidas hemáticas durante la cirugía y el aprovechamiento y la optimización de la reserva fisiológica de cada paciente en el posoperatorio.

Palabras clave: transfusión, hemoderivados, anemia perioperatoria, medicina transfusional, umbral transfusional

Medicina transfusional perioperatoria

La transfusión de hemoderivados y sus técnicas de ahorro son la base de la medicina transfusional. Su desarrollo se basa en el trabajo multidisciplinario y tiene entre sus objetivos prioritarios establecer una estrategia transfusional adecuada que permita:¹ transfundir menos (a partir de la óptima preparación del paciente, de la aplicación de una política transfusional restrictiva,² de la individualización de la indicación de transfundir^{3,4} y de la potenciación de las técnicas de ahorro de sangre en todos sus aspectos), transfundir mejor, con menor riesgo y con menor costo.

Indicaciones para la transfusión de concentrado de hematíes

Las diferentes publicaciones existentes se han aproximado, progresivamente, a la conclusión de mantener como única indicación plenamente justificable de transfusión de hematíes la necesidad de incrementar la capacidad de transporte de oxígeno. Como premisa para la

aplicación de esta indicación debe haberse repuesto correctamente la volemia.

Las sugerencias más habituales para la indicación de la transfusión de concentrados de hematíes (CH), extraídas de recomendaciones generales, se pueden resumir en las siguientes:²⁻¹¹

A) Valorar cuidadosamente al paciente en el período perioperatorio y actuar en consecuencia, estudiando y tratando la anemia si existiera, o valorando estrictamente la necesidad de emplear fármacos que alteran la hemostasia (antiagregantes, anticoagulantes o ambos) en el caso de que el paciente estuviera medicado con alguno de ellas. Finalmente, estimar el riesgo de sangrado y el riesgo de ser transfundido.

B) De forma general se recomienda administrar CH en caso de anemia sintomática en los pacientes normovolémicos, cuando la hemoglobina preoperatoria es inferior a 8 g/dl.

C) La transfusión de CH no está casi nunca indicada cuando el nivel de hemoglobina es mayor de 10 g/dl y

está casi siempre indicada cuando es menor de 6 g/dl. La determinación de si es necesaria la transfusión de CH cuando la hemoglobina se encuentra entre 6 y 10 g/dl debe estar basada en el riesgo potencial de cada paciente de presentar complicaciones relacionadas con un insuficiente transporte de oxígeno.

D) Debe evitarse el empleo de un valr de hemoglobina o hematocrito como único umbral por encima del cual debe ser transfundido un paciente (*trigger transfusional*). En los últimos años se ha producido un interés creciente en el empleo de los denominados *triggers* fisiológicos para mejorar las indicaciones de transfusión de CH y su eficacia y para adecuar el momento óptimo de su realización,^{12,13} como son el lactato sérico, la saturación venosa central de oxígeno (SvcO₂) o las alteraciones en el segmento ST del electrocardiograma. De entre estos parámetros, la SvcO₂ ha sido la más ampliamente empleada (límite de 70% como indicador fisiológico de déficit de aporte tisular de oxígeno).¹³

E) Además, se recomienda hoy el uso sistemático de algoritmos transfusionales, basados preferentemente en la denominada "monitorización a pie de cama" (*point of care* en inglés).

F) Período intraoperatorio. Dentro de esta etapa, además de la valoración de las recomendaciones ya comentadas, cuya aplicación aquí tiene absoluta vigencia, cabe tener en cuenta las directrices sobre la transfusión de los concentrados de hematíes en régimen "uno a uno": *single unit transfusion strategy*. Esta estrategia se basa en la reposición progresiva de los hematíes necesarios en los pacientes adultos estables, normovolémicos, que no presenten sangrado activo importante.

G) Merece un comentario la transfusión de hematíes en el período posoperatorio, sobre todo en lo referente a los pacientes en estado crítico. En conjunto, se plantea la disyuntiva entre dos tendencias para abordar la práctica transfusional en los pacientes en estado crítico: una más liberal, para tolerar y recomendar la transfusión de hematíes, y otra más restrictiva, para el empleo de estos hemoderivados (Tabla 1).^{2,14} Parece que una estrategia restrictiva (umbral transfusional de 7 g/dl de hemoglobina con mantenimiento de valores de 7 a 9 g/dl) resultaría al menos tan efectiva, e incluso podría resultar asociada con una menor morbimortalidad, como una estrategia transfusional liberal (umbral transfusional de 10 g/dl) en los pacientes en estado crítico con normovolemia, con la posible excepción de los enfermos con procesos isquémicos agudos o los pacientes neurocríticos.

Sin embargo, recientemente han aparecido algunos artículos que ponen en cuestión estas premisas, como el reciente metanálisis de Fominskiy,¹⁵ o bien otro artículo sobre pacientes sometidos a cirugía cardíaca, que ponen en entredicho que las estrategias restrictivas sean superiores a las liberales.¹⁶

Indicaciones para la transfusión de plasma fresco congelado

No existen suficientes estudios aleatorizados y con evidencia fuerte que apoyen las indicaciones habituales del uso de plasma fresco congelado (PFC) en la práctica diaria. Las situaciones en las que podría transfundirse PFC, apoyadas habitualmente en consensos de expertos, se pueden resumir en:^{3,18-21}

- Sangrado activo en situaciones con déficit de múltiples factores de la coagulación, entre las que el paradigma es la hemorragia masiva con transfusión masiva, ya sea de origen traumático u obstétrico.

Tabla 1. Razonamiento teórico para defender una política liberal o restrictiva en las transfusiones de pacientes en estado crítico en el posoperatorio.

<p>Razones para ser liberal en las transfusiones en pacientes en estado crítico en el posoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • El aumento del aporte de O₂ puede mejorar la supervivencia • Existe un riesgo mayor de isquemia miocárdica por la mayor demanda de O₂ • La edad, la gravedad de la afección acompañante y el tratamiento concomitante que se administra puede interferir en la adaptación a la anemia • Se aumentaría el margen de seguridad ante una eventual hemorragia grave
<p>Razones para restringir las transfusiones en pacientes en estado crítico en el posoperatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en el flujo en el ámbito de la microvasculatura • La dependencia patológica del aporte de oxígeno es rara • Riesgo de infección viral • La inmunosupresión derivada de la transfusión podría aumentar el riesgo de infección o de recurrencia de enfermedad neoplásica • Los beneficios cardiológicos reales de los hematíes son menores de lo supuesto

- Coagulación intravascular diseminada con sangrado activo.

- En general, la administración de PFC puede estar indicada en situaciones con sangrado activo acompañadas de RIN (razón internacional normalizada) > 1.5 (o bien un resultado equivalente en una prueba de viscoelasticidad).

- Reversión urgente de la acción anticoagulante de fármacos con acción antivitaminas K, como la warfarina o el acenocumarol, en pacientes con hemorragia activa, y siempre que los concentrados de complejo protrombínico (CCP) no estén disponibles.

- Tratamiento de situaciones en las que se precisa un recambio o intercambio plasmático, especialmente en la púrpura trombocitopénica trombótica.

Una de las situaciones clínicas en las que más controversia puede haber sobre el empleo de PFC es en la cirugía cardíaca. En una reciente revisión Cochrane²² se vuelve a llegar a la conclusión de la no indicación de administración profiláctica de PFC en los pacientes de cirugía cardíaca sin coagulopatía.

Indicaciones para la administración de concentrados de complejo protrombínico

Los CCP son concentrados altamente purificados con actividad procoagulante derivados del plasma que contienen los factores de la coagulación dependientes de la vitamina K (clásicamente los factores II, VII, IX y X), y además otros factores anticoagulantes (como las proteínas C, S y Z), sin contener fibrinógeno (en la Tabla 2 se recogen las características más importantes de los CCP comercializados más habituales). Actualmente las indicaciones de administración de los CCP son:^{23,24}

- Tratamiento y profilaxis perioperatoria de las hemorragias asociadas con el déficit adquirido de los factores de coagulación tipo tratamiento con antagonistas de la vitamina K, cuando se requiera una rápida corrección del déficit.

- Tratamiento y profilaxis perioperatoria de las hemorragias asociadas con el déficit congénito de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K.

- Como sustituto del plasma fresco en casos de hemorragias masivas en los que exista déficit de los factores protrombínicos por consumo, por hemodilución o por ambas causas. La ventaja del uso de los CCP en esta situación frente al empleo de PFC radica sobre todo en la inmediatez de su disponibilidad, la alta concentración de

Tabla 2. Contenido de factores coagulantes y anticoagulantes del plasma fresco congelado y algunos concentrados de complejo protrombínico comercializados (datos en UI/ml).

	PFC(*) (UI/ml)	PROTHROMPLEX NF® (UI/ml)	BERIPLEX® (UI/ml)	OCTAPLEX® (UI/ml)
F-II	1	30	20-48	11-38
F-VII	1	25	10-25	9-24
F-IX	1	30	20-31	25
F-X	1	30	22-60	18-30
Proteína C	1	> 20	15-45	7-31
Proteína S	1	14-16	13-26	7-32
AT	1	0.75-1.5	9.2-1.5	-
Heparina	-	15.5	0.4 - 2.0	5 - 12.5
Inactivación Eliminación	AM	Tratamiento con vapor Nanofiltración	Pasteurización Nanofiltración	Solvente-detergente Nanofiltración

PFC, plasma fresco congelado; AM, azul de metileno; AT, antitrombina.

(*) La composición del PFC, por definición, está formada por 1 UI/ml de cada uno de los factores de la coagulación estables y lábiles (+/-25%), excepto el fibrinógeno.

(Datos de los concentrados de complejo protrombínico basados en información del fabricante y las fichas técnicas de los distintos productos disponibles en www.agedmed.es).

factores del complejo protrombínico que se administran en poco volumen a infundir y el conocimiento exacto de la cantidad de factor que se administra.

- En determinadas poblaciones especiales se puede valorar el uso de los CCP: hemorragia posparto, reversión de los anticoagulantes orales directos o déficit congénito de factores II o X, si no existe disponibilidad del factor específico correspondiente.

Indicaciones para la transfusión de plaquetas

La transfusión de plaquetas no es efectiva y está muy rara vez indicada cuando la trombopenia se debe a la destrucción incrementada de plaquetas. Por el contrario, está indicado administrar plaquetas cuando existe una disfunción plaquetaria conocida asociada con un sangrado microvascular difuso.^{3,7,18,21}

A) Paciente con trombopenia inferior a $50 \times 10^9/l$, que vaya a ser intervenido quirúrgicamente o al que se le vaya a realizar una exploración invasiva de forma inminente (cuando la cirugía sea sobre el sistema nervioso central, la cifra umbral de plaquetas a partir de la cual estaría indicada la transfusión se incrementa hasta valores de $100 \times 10^9/l$).

B) Hemorragia difusa luego de una transfusión masiva o hiperconsumo con niveles de plaquetas inferiores a $75 \times 10^9/l$ (en algunas guías, esta cifra se sitúa en $50 \times 10^9/l$).

C) En cirugía cardíaca con circulación extracorpórea: pacientes con sangrado difuso y recuento de plaquetas inferior a $100 \times 10^9/l$.

D) En los pacientes con una cifra de plaquetas inferior a $20 \times 10^9/l$ en los que no exista sangrado activo la indicación es cuestionable y no está aceptada de forma universal.

E) Los pacientes en tratamiento con antiagregantes plaquetarios sometidos a cirugía cardíaca con sangrado difuso pueden beneficiarse de la administración de plaquetas, aun cuando el recuento no sea inferior a las cifras citadas anteriormente. De manera similar, y en situaciones de cirugía no cardíaca, la administración de plaquetas estará recomendada en los pacientes con sangrado activo, teniendo en cuenta que la eficacia es mayor en los casos de pacientes tratados con aspirina que en los que reciben clopidogrel o prasugrel (fundamentalmente por los mecanismos de acción de los diferentes fármacos y su potencia), sin que haya datos sobre su efectividad en

caso de pacientes tratados con ticagrelor.⁷ La dosis, en este caso, suele ser de dos *pooles* de plaquetas (equivalentes a 10-12 unidades de plaquetas) para poder revertir la hemorragia.

Indicaciones para la administración de fibrinógeno

El fibrinógeno se produce a nivel hepático y su nivel plasmático normal se halla entre 150 y 300 mg/dl. El nivel mínimo de fibrinógeno necesario para conseguir una adecuada hemostasia se sitúa entre 70 y 100 mg/dl, aunque actualmente se ha postulado que los niveles de fibrinógeno en presencia de sangrado masivo o politraumatizado deben situarse por encima de 150-200 mg/dl.^{7,25,26}

Riesgos de la transfusión sanguínea alogénica

La incidencia del riesgo asociado con la transfusión sanguínea ha variado ampliamente a través de los años, aunque el impacto de su importancia se incrementó enormemente con el descubrimiento de la transmisión transfusional del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Otros riesgos asociados con la transfusión no son ni mucho menos despreciables, y se han llegado a relacionar con un incremento de las infecciones no transmitidas por la propia transfusión, de la recidiva de la neoplasia y de la mortalidad tras la administración de hemoderivados. Sin ánimo de ser exhaustivos, podemos comentar los siguientes.²⁷⁻³⁰

Entre los riesgos infecciosos se destacan:

Contaminación bacteriana: Su incidencia es variable en función del hemoderivado que estemos considerando o el país del que se tomen los datos. En la transfusión de CH la incidencia se sitúa alrededor del 0.03% y en la de plaquetas, entre 0.07% y 0.28%.

Transmisión viral: En los últimos veinte años, se ha mejorado muchísimo el manejo de los virus de transmisión parenteral más habituales y asociados con enfermedades más graves.

Parásitos: La transmisión de parásitos mediante transfusiones es una complicación rara, pero necesariamente hay que tenerla en cuenta por la facilidad de movimiento desde los países donde algunos de estos agentes son endémicos.

Entre los riesgos inmunológicos:

La inmunomodulación en la transfusión alogénica: Mediante mecanismos no completamente esclarecidos, induce una alteración de la respuesta inmunitaria caracterizada por la liberación de interleuquina 4 (IL-4), IL-5, IL-6, IL-10 e IL-13 que inducen un predominio de la inmunidad humoral y una disminución o anulación de la inmunidad celular, creando un estado de susceptibilidad a la enfermedad. Entre las consecuencias potenciales que se han descrito relacionadas con esta alteración de la inmunidad se citan el incremento de las infecciones posoperatorias en los pacientes transfundidos, la recurrencia tumoral, la reactivación de infecciones virales e, incluso, un incremento de la mortalidad asociada.

Daño pulmonar: Es una complicación de las transfusiones, rara pero potencialmente muy grave. En la mayoría de los casos, el origen parece estar en un conflicto inmunológico entre los anticuerpos anti-HLA del dador y los antígenos presentes en los neutrófilos del receptor. El cuadro clínico es un síndrome de dificultad respiratoria que se inicia unas 3 a 4 horas después de la transfusión,

con disnea e hipoxia causadas por edema pulmonar no cardiogénico.

Métodos de ahorro de sangre

En los últimos años se ha acumulado suficiente evidencia para afirmar que los beneficios asociados con las transfusiones sanguíneas no siempre son superiores a los riesgos, sobre todo en las denominadas transfusiones innecesarias o transfusiones evitables.^{31,32}

La visión y aplicación actual de los métodos de ahorro de sangre necesitan aunar el concepto de medicina transfusional perioperatoria con el de *patient blood management* (PBM), de difícil traducción al castellano, pero que podría tomarse como "medicina transfusional aplicada al paciente". Más importante que el propio título es el concepto: se trata de un concepto dinámico, evolutivo y que en el momento actual significa e incluye la aplicación de todas las medidas necesarias para minimizar el empleo de sangre alogénica, enfatizándose en las medidas preventivas que pueden evitar la necesidad de transfundir.³³ Para su desarrollo y aplicación es necesaria la colaboración multidisciplinaria de todos los clínicos implicados, con puesta en marcha de los métodos de ahorro de sangre que mejor correspondan a cada paciente.³⁴

Dentro del ámbito quirúrgico, la gran mayoría de transfusiones pueden atribuirse a uno o varios de los siguientes factores: niveles de hemoglobina preoperatorios bajos, excesiva pérdida de sangre y práctica inapropiada de la transfusión sanguínea.³⁵

A partir del concepto de PBM, se ha descrito cuál debería ser el manejo óptimo de la práctica transfusional basándose en los denominados "tres pilares de la medicina transfusional aplicada al paciente": optimización de la hemopoyesis, minimización de las pérdidas sanguíneas e incremento y optimización de la tolerancia del paciente a la anemia (Figura 1).³⁵

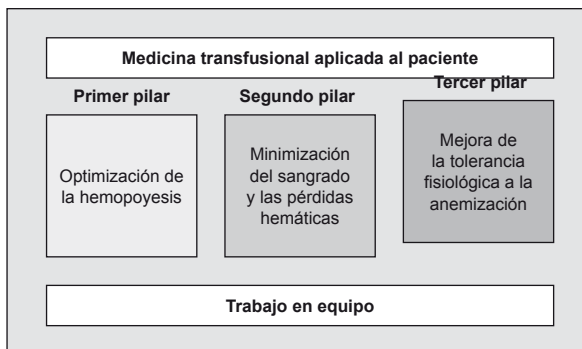


Figura 1. Esquemática de los denominados pilares de manejo de la medicina transfusional aplicada al paciente.

El desarrollo de las medidas que se recogen en los tres pilares nos lleva, de manera sucinta, a las propuestas que se contemplan en los siguientes apartados, que están basadas en las publicaciones relacionadas más recientes.^{5,6,31-36} Igualmente, en la Figura 2 se recoge un resumen de las medidas y actuaciones más destacadas de este apartado.

Optimización de la eritropoyesis

La preparación del paciente antes de la cirugía es esencial en la disminución del empleo de hemoderivados en el período perioperatorio, aunque potenciar la eritropoyesis y adecuarla de la mejor manera a cada paciente es una labor que se puede realizar en cualquiera de los tres períodos.

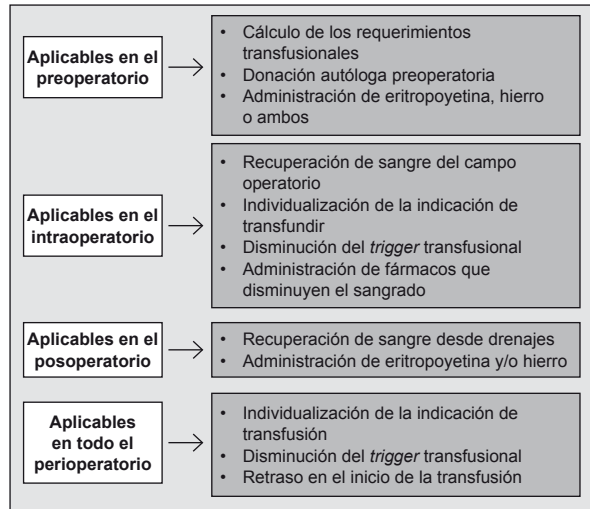


Figura 2. Resumen de los diferentes métodos de ahorro de sangre alogénica y el periodo de aplicación preferente en el perioperatorio.

Preoperatorio: La detección de la anemia preoperatoria y la aproximación a su diagnóstico etiológico, permiten un tratamiento básico y sencillo de muchos de los pacientes. La administración de suplementos de hierro u otros componentes esenciales necesarios para la correcta eritropoyesis podría disminuir la incidencia de anemia preoperatoria, corrigiéndola adecuadamente. Por otra parte, la eritropoyetina está indicada para corregir la anemia y evitar o disminuir la transfusión de sangre alogénica en pacientes anémicos programados para cirugía ortopédica y en los casos en los que se incluya al paciente en un programa de donación autóloga preoperatoria (si se solicitan al menos tres unidades de sangre); la máxima eficacia de la eritropoyetina se consigue en pacientes con niveles de hemoglobina de entre 10 y 13 g/dl.

Intraoperatorio: La programación de la cirugía debe adecuarse a la necesidad en el tiempo de la optimización de la eritropoyesis.

Posoperatorio: En el período posoperatorio cabe también la posibilidad de estimular la eritropoyesis en algunos casos seleccionados, pero sobre todo evitar aquellos fármacos que puedan alterar la eritropoyesis.

Minimización del sangrado y las pérdidas hemáticas

El manejo intraoperatorio de la hemorragia y la aplicación de las medidas necesarias para su control rápido que consiga unas mínimas pérdidas sanguíneas es uno de los aspectos fundamentales de este punto. Como en otros aspectos, podemos diferenciar las medidas a aplicar en cada uno de los tres escenarios:

Preoperatorio: Se deben identificar y gestionar, en la medida de lo posible, las cirugías en las que se espera que haya una elevada pérdida de sangre, su planificación adecuada es el primer paso esencial en este aspecto. Algunos procedimientos se pueden beneficiar de la donación autóloga de sangre (sobre todo eficaz en el ahorro de hemoderivados en los casos de grandes cirugías de la columna vertebral), así como de un entrenamiento específico del todo el equipo quirúrgico.

Intraoperatorio: Este aspecto es absolutamente fundamental. Lo podemos subdividir en los siguientes apartados: uso de medidas quirúrgicas adecuadas y de la mejor técnica quirúrgica en cada caso; fármacos que promueven la hemostasia (entre ellos, los antifibrinolíticos, sobre todo el ácido tranexámico, cuya eficacia ha sido demos-

trada en diversos tipos de cirugía como la cardíaca, la ortopédica mayor o la cirugía hepática o en pacientes politraumatizados. Las dosis recomendadas en los diversos tipos de cirugías se recogen en la Tabla 3); recuperación intraoperatoria de sangre; técnicas anestésicas para minimizar el sangrado, y mantenimiento de la temperatura corporal.

Posoperatorio: En el período posoperatorio pueden aplicarse medidas de control del sangrado, entre las que podemos destacar: control de la hemorragia posoperatoria y minimización de la hemorragia secundaria; recalentamiento del paciente; uso de métodos de recuperación posoperatoria de sangre mediante drenajes; optimización del empleo de las medidas y necesidad de antiagregación/ anticoagulación; administración de fármacos de profilaxis frente a la hemorragia digestiva alta; control del uso de antiinflamatorios no esteroideos en el posoperatorio por el eventual incremento de riesgo de sangrado.

Aprovechamiento y optimización de la reserva fisiológica

El paciente anémico no siempre debe recibir una transfusión sanguínea, y una de las cuestiones más interesantes en este punto es el empleo y aprovechamiento de la denominada "reserva fisiológica". Cabe destacar algunas acciones interesantes en este aspecto:

Preoperatorio: El cálculo, antes de la cirugía, de la pérdida máxima de sangre que debería poder tolerar un pa-

Tabla 3. Dosificación sugerida para el ácido tranexámico en los diversos tipos de cirugía cuando se considere indicado (tomado del Documento Sevilla-2).

- Artroplastia total de cadera o rodilla: una dosis inicial de 10-15 mg/kg preoperatoriamente, seguida o no de la infusión de 1 mg/kg/h durante 4-6 h de la repetición de la dosis inicial en el posoperatorio.
- Cirugía multinivel de columna: una dosis inicial de 20-100 mg/kg, seguida de la infusión de 10 mg/kg/h durante 4-6 h.
- Cirugía cardíaca con CEC: dosis inicial de 30 mg/kg seguida de la infusión de 16 mg/kg/h hasta el final de la cirugía (más 2 mg/kg en el circuito de CEC).
- Cirugía cardíaca sin CEC: dosis inicial de 1 g, seguida de la infusión de 200-400 mg/h hasta el final de la cirugía.
- Uso tópico en cirugía cardíaca y ortopédica: 1-3 g.
- Trasplante hepático: dosis inicial de 30 mg/kg seguida de la infusión de 16 mg/kg/h hasta el final de la cirugía.
- Cesárea: 1 g preoperatorio.
- Prostatectomía: dosis inicial de 500 mg/20 min seguida de la infusión de 250 mg/h hasta el final de la cirugía.
- Politraumatismos: 1 g en 10 min en las primeras 3 horas del traumatismo, seguido de la infusión de 1 g en 8 horas.
- Hemorragia gastrointestinal: 3-6 g/día i.v. durante 3 días.

ciente nos lleva a poder estimar mejor el momento en que se convierte en necesaria una transfusión sanguínea.

Intraoperatorio: La aplicación de *triggers* transfusionales restrictivos se ha mostrado al menos igual de eficaz que la transfusión bajo criterios liberales.

Posoperatorio: En esta parte del PBM las medidas a aplicar en el posoperatorio son una evidente continuación de las que se aplican en el intraoperatorio.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siic.salud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Llau JV. Medicina transfusional perioperatoria (editorial). Rev Esp Anestesiol Reanim 48:103-5, 2001.
2. Hebert PC, Tinmouth A, Corwin HL. Controversies in RBC transfusion in critically ill. Chest 131:1583-90, 2007.
3. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS). 4ª Edición, Barcelona, 2010.
4. Practice guidelines for perioperative blood management. An updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on perioperative blood management. Anesthesiology 122:241-75, 2015.
5. Patient Blood Management: Module 2; Perioperative. Australian National Blood Authority (www.nba.gov.au), 2012.
6. Patient Blood Management: Module 4; Critical Care. Australian National Blood Authority (nba.gov.au), 2012.
7. Kozek-Langenecker SA, Afshari A, Albaladejo P, Aldecoa C, De Robertis E, Filipescu D, et al. Management of severe perioperative bleeding. Guidelines from the European Society of Anaesthesiology. Eur J Anaesthesiol 30:270-382, 2013.
8. Llau JV, Acosta FJ, Escolar G, Fernández-Mondéjar E, Guasch E, Marco P, et al. Documento multidisciplinar de consenso sobre el manejo de la hemorragia masiva (documento HEMO-MAS). Rev Esp Anestesiol Reanim 63(1):e1-e22, 2016.
9. Napolitano LM, Kurek S, Luchette FA, Corwin HL, Barie PS, Tisherman SA, et al. Clinical practice guidelines: red blood cell transfusion in adult trauma and critical care. Crit Care Med 37:3124-57, 2009.
10. Single unit transfusion guide summary. National Blood Authority (www.blood.gov.au), 2014.
11. Ferraris VA, Brown JR, Despotis GJ, Hammon JW, Reece TB,

Saha TB, et al. 2011 update to the Society of Thoracic Surgeons and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists blood conservation clinical practice guidelines. Ann Thorac Surg 91:944-88, 2011.

12. Spahn DR, Madjdpour C. Physiologic transfusion triggers. Do we have to use (our) brain? Anesthesiology 104:905-6, 2006.

13. Vallet B, Robin E, Lebuffe G. Venous oxygen saturation as a physiologic transfusion trigger. Critical Care 14:213, 2010.

14. Lelubre C, Vincent JL. Red blood cell transfusion in critically ill patient. Ann Intensive Care 1:43, 2011.

15. Fominskiy E, Putzu A, Monaco F, Scandroglio AM, Karaskov A, Galas FR, et al. Liberal transfusion strategy improves survival in perioperative but not in critically ill patients. A meta-analysis of randomised trials. Br J Anaesth 115:511-9, 2015.

16. Patel NN, Avlonitis VS, Jones HE, Reeves BC, Sterne JAC, Murphy GJ. Indications for red blood cell transfusion in cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. Lancet Haematol 2:e543-53, 2015.

17. Meier J, Filipescu D, Kozek-Langenecker S, Llau Pitarch J, Mallet S, Martus P, et al. Intraoperative transfusion practices in Europe. Br J Anaesth 116:255-61, 2016.

18. Szczepiorkowski Z, Dunbar NM. Transfusion guidelines: when to transfuse. ASH Education Book 1:638-44, 2013 (doi: 10.1182/asheducation-2013.1.638).

19. Roback JD, Caldwell S, Carson J, et al. Evidence-based practice guidelines for plasma transfusion. Transfusion 50:1227-39, 2010.

20. Tinmouth A. Evidence for a rationale use of frozen plasma for the treatment and prevention of bleeding. Transfus Apher Sci 46:293-8, 2012.

21. Klein AA, Arnold P, Bingham RM, Brohi K, Clark R, Collis R, et al. AAGBI guidelines: the use of blood components and their alternatives 2016. *Anaesthesia* 2016. DOI:10.1111/anae13489.
22. Desborough M, Sandu R, Brunskill SJ, Doree C, Trivella M, Montedori A, et al. Fresh frozen plasma for cardiovascular surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 7*. Art N° CD007614, 2015. DOI:10.1002/14651858.CD007614.pub2.
23. Colomina MJ, Diez-Lobo A, Garutti I, Góme-Luque A, Llau JV, Pita E. Perioperative use of prothrombin complex concentrates. *Minerva Anestesiol* 78:358-68, 2012.
24. Recommendations for use of prothrombin complex concentrates in Canada. National Advisory Committee on Blood and Blood Products. Disponible en: <http://www.nacblood.ca/resources/guidelines/PCC-Recommendations-Final-2014-05-16.pdf> (acceso mayo 2016).
25. Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, Coats TJ, Duranteau J, Fernández-Mondéjar E, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Critical Care* 20:100, 2016 (DOI: 10.1186/s13054-016-1265-x).
26. Griffee MJ, DeLoughery TG, Thorborg PA. Coagulation management in massive bleeding. *Curr Opin Anaesthesiol* 23:263-8, 2010.
27. Prieto M, Banchs RJ. Riesgos de la transfusión sanguínea alogénica. En: *Tratado de medicina transfusional perioperatoria*. Llau JV, Basora M, Gómez A, Moral V, editores. Elsevier España SL. Barcelona, pp: 263-269, 2010.
28. Raw J. The silent risks of blood transfusion. *Curr Opin Anaesth* 21:664-8, 2008.
29. Wallis JP, Sachs UJH. Transfusion-related acute lung injury. En: Simon TL et al, editores. *Rossi's principles of transfusion medicine*. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, pp: 870-884, 2009.
30. Current information on risks of allogenic blood transfusion. Acceso en internet en la página de la NATA (www.nataonline.com/np/125/current-information-risks-allogenic-blood-transfusion, acceso mayo 2016).
31. Shander A, Goodnough LT. Can blood transfusión be not only ineffective but also injurious? *Ann Thorac Surg* 97:11-4, 2014.
32. Gross I, Shander A, Sweeney J. Patient blood management and outcome: too early or not? *Best Pract Res Clin Anesthesiol* 27:161-72, 2013.
33. Thomson A, Farmer S, Hofmann A, Isbister J, Shander A. Patient blood management - a new paradigm for transfusion medicine? *International Society of Blood Transfusion (ISBT) Science Series* 4:423-35, 2009.
34. Leal SR, Muñoz M, Asuero M, Contreras E, García-Erce JA, Llau JV et al. Documento Sevilla de Consenso sobre las alternativas a la transfusión de sangre alogénica. Actualización del Documento Sevilla. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 60:263.e1-263.e25, 2013.
35. Gombotz H, Rehak PH, Shander A, Hofmann A. Blood use in elective surgery: the Austrian benchmark study. *Transfusion* 47:1468-80, 2007.
36. Goodnough LT, Levy JH, Murphy MF. Concepts on blood transfusión in adults. *Lancet* 381:1845-54, 2013.

Información relevante**Crterios actuales en la medicina transfusional perioperatoria****Respecto al autor**

Juan V. Llau Pitarch. Jefe de sección, Servicio de Anestesiología, Hospital Clínic Universitari de Valencia (desde 2002). Profesor asociado, Departamento de Fisiología, Universidad de Valencia (desde 2012). Doctor en Medicina por la Universidad Católica de Valencia (2012). Editor de cinco libros en relación con la trombosis, la hemostasia y la medicina transfusional. Autor de más de 50 capítulos de libros en los que ha colaborado, más de 80 artículos científicos internacionales y nacionales, más de 50 comunicaciones a congresos internacionales y nacionales. Participación en alrededor de 250 conferencias y presentaciones científicas en diversos cursos y congresos nacionales e internacionales.

Respecto al artículo

La transfusión de hemoderivados y sus técnicas de ahorro son la base de la medicina transfusional, a partir de la cual se desarrolla el concepto de *patient blood management*, con el objetivo de disminuir las transfusiones innecesarias, preparando al paciente de forma óptima, minimizando el sangrado perioperatorio y aprovechando la reserva fisiológica de cada paciente.

El autor pregunta

Las diferentes publicaciones se han aproximado, progresivamente, a la conclusión de mantener como única indicación plenamente justificable de transfusión de hematíes la necesidad de incrementar la capacidad de transporte de oxígeno. Esta premisa hace que algunas veces la transfusión de hematíes necesite una evaluación particular y la decisión de transfundir, un proceso de beneficio-riesgo.

¿En cuál de las siguientes situaciones considera la indicación de una transfusión de hematíes?

- A** Paciente con hemoglobina (Hb) de 8 g%, sangrado activo no controlado ahora.
- B** Paciente de 83 años, programado por fractura de cadera (Hb: 8.2 g%).
- C** Paciente de 32 años, en posparto, estable (Hb: 6.8 g%).
- D** Paciente de 58 años, traumatismo cerebral grave reciente (Hb: 8.5 g%).
- E** En todas las situaciones planteadas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150191

Palabras clave

transfusión, hemoderivados, anemia perioperatoria, medicina transfusional, umbral transfusional

Key words

transfusion, hemoderivates, perioperative anemia, transfusion medicine, transfusion trigger

Lista de abreviaturas y siglas

CH, concentrados de hematíes; SvcO₂, saturación venosa central de oxígeno; PFC, plasma fresco congelado; CCP, concentrados de complejo protrombínico; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana; IL, interleuquina; PBM, *patient blood management*.

Cómo citar

Llau Pitarch JV, Duca A, Ferrandis Comes R, Rosas M. Criterios actuales en la medicina transfusional perioperatoria. *Salud i Ciencia* 22(2):140-6, Ago 2016.

How to cite

Llau Pitarch JV, Duca A, Ferrandis Comes R, Rosas M. Current opinions in perioperative transfusion medicine. Salud i Ciencia 22(2):140-6, Ago 2016.

Orientación

Clínica, Tratamiento

Conexiones temáticas

Anestesiología, Cirugía, Cuidados Intensivos, Educación Médica, Hematología, Ortopedia y Traumatología

Las pesadillas como un síntoma clave para el diagnóstico de la psicopatología posaborto

Nightmares as a key symptom in diagnosing post-abortion psychopathology

Carmen Gómez Lavín
Médica Psiquiatra, Consultora, Pamplona, España

Ricardo Zapata García, Médico, Clínica Universidad de Navarra,
Pamplona, España

Acceda a este artículo en siicsalud

Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/141488

Recepción: 18/12/2015 - Aprobación: 22/6/2016
Primera edición, www.siicsalud.com: 17/10/2016

Enviar correspondencia a: Carmen Gómez Lavín, 31003, Pamplona, España
carmengomezlavin@gmail.com



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

Abstract

Reactions to severe stress and adjustment disorders may go unnoticed if their symptoms are not related to the original traumatic situation; they may be masked by different psychosomatic complaints or mistaken for other mental disorders. If the disorder goes undiagnosed, the treatment and the psychotherapeutic approach will not be effective, resulting in chronicity and treatment resistance. Therefore, in order to achieve the desired diagnosis, besides the comprehensive assessment of the condition and a call to consider such hypothesis. The conclusion is that nightmares are very sensitive and specific indicators of the presence of post-traumatic disorders. Therefore, in order to reach the desired efficiency in the diagnosis and treatment of post-abortion psychopathology, we postulate that, in all affective or adjustment disorders, in addition to a comprehensive assessment of their disturbances, the presence of abortion-related persistent nightmares should be taken into account or investigated, since they are often the key symptom in identifying post-abortive reactivity within the disorder.

Key words: induced abortion, key symptom, nightmares, psychopathology, post-abortion

Resumen

Las reacciones al estrés grave y los trastornos de adaptación pueden pasar inadvertidos, enmascarados por diferentes quejas psicósomáticas o confundidos con otras alteraciones mentales, si sus síntomas no se relacionan con el trauma que los originó. Si el trastorno queda sin diagnosticar, su tratamiento y abordaje psicoterapéutico no serán efectivos, dando lugar a la cronicidad y resistencia de la afección. Pero para llegar a dicho diagnóstico, además de la evaluación integral de las alteraciones, nos fue de gran ayuda la exploración de un síntoma que, aunque referido frecuentemente por las pacientes, puede pasar desapercibido en el conjunto psicopatológico de estos trastornos: los sueños angustiosos o pesadillas. De forma repetida fuimos comprobando que los ensueños angustiosos o pesadillas, en mujeres con diversos trastornos afectivos y conductuales, parecían ser un síntoma premonitorio del origen traumático posabortivo de la sintomatología y una llamada de alerta que obligaba a tener en cuenta dicha hipótesis, llegando finalmente a la conclusión de que las pesadillas son indicadores muy sensibles y específicos de la presencia de alteraciones postraumáticas. Por ello, para lograr la deseada eficiencia en el diagnóstico y tratamiento de la psicopatología posabortiva, postulamos que, ante todo trastorno afectivo o conductual-desadaptativo, aparte de una evaluación integral de sus alteraciones, se tenga muy en cuenta -o se investigue en su caso- la presencia de pesadillas persistentes sobre temas abortivos, por ser éstas muchas veces el síntoma clave en la identificación de la reactividad posabortiva de los trastornos.

Palabras clave: aborto provocado, pesadillas, síntoma clave, psicopatología, posaborto

Introducción

El aborto provocado, al igual que otros acontecimientos de la vida con fuerte potencial de estrés, puede sobrepasar las capacidades de afrontamiento del sujeto y dar lugar a una serie de alteraciones psicopatológicas características,¹⁻⁷ conocidas precisamente como "reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación".

Se trata de alteraciones que se identifican no sólo por su sintomatología y su curso, sino también porque aparecen siempre como consecuencia directa de un estrés agudo, producido por un acontecimiento biográfico excepcionalmente estresante,¹ o de una situación traumática sostenida, producida por un cambio vital significativo,^{8,9} como puede ser el caso del aborto provocado.

Las "reacciones al estrés grave y los trastornos de adaptación" son alteraciones generalmente graves y -salvo la reacción aguda, que por definición es transitoria-, a menudo, crónicas;¹⁰ a pesar de lo cual, pueden pasar desapercibidas,^{11,12} enmascaradas por diferentes quejas psicósomáticas,^{13,14} o confundidas con otras alteraciones mentales,¹⁵ si sus síntomas no se relacionan con el trauma del aborto.

Si no se identifica y se trata, el trauma generador de la psicopatología seguirá manteniendo su influencia psicobiológica,¹⁶ haciendo infructuosos tanto los esfuerzos terapéuticos psicofarmacológicos como las técnicas psicoterapéuticas más azeitadas.

En concreto, nos referimos a pacientes que, tras sufrir un aborto provocado, desencadenaron un trastorno de estrés o de adaptación sin que ellas fueran del todo conscientes de la relación de sus síntomas con dicho acontecimiento y que acudieron a los servicios médicos en busca de tratamiento. Ya sea porque, por su desconocimiento, ellas no lo refirieran en la entrevista, o bien porque el médico no investigara el posible origen de los síntomas, el caso es que no fueron diagnosticadas acertadamente ni correctamente tratadas.

Al diagnosticar erróneamente la psicopatología reactiva a un acontecimiento de la vida como un trastorno primario, se da lugar a la cronicidad y resistencia de las alteraciones, y a un típico, interminable e ineficaz peregrinaje de las pacientes por las consultas de los especialistas.

Como consecuencia de todo lo anterior, nos hemos encontrado frecuentemente en nuestra práctica clíni-

ca pacientes con un largo historial de afección afectiva –depresiva, ansiosa, fóbica, obsesiva– complicada con alteraciones del sueño, de la conducta alimentaria y de la conducta impulsiva (referida al abuso de alcohol, drogas, sexo), y con manifestaciones de autoagresividad y heteroagresividad, a las que, independientemente de sus rasgos de personalidad (no especialmente significativos) y de su situación psicosocial actual más o menos normalizada, sólo conseguimos ayudar de una forma efectiva cuando inferimos, identificamos y tratamos, el acontecimiento vital traumático generador de dicha alteración.

Dificultades diagnósticas

El primer paso¹⁷ para diagnosticar un posible trastorno posaborto es, lógicamente, confirmar que la sintomatología que presenta la paciente está relacionada con la exposición a un aborto reciente o pasado. Esta relación entre psicopatología y trauma generador puede ser fácilmente identificable en el caso de que las pacientes o sus familiares sean conscientes de dicha relación y así lo refieran en la consulta por iniciativa propia o como respuesta a la anamnesis médica. Pero muchas veces ocurre que las pacientes no suelen dar información sobre este tema de forma más o menos consciente, ya sea por vergüenza, o bien porque les resulta doloroso hablar de ello.¹⁸

Al revisar los motivos por los que no se identifica la reactividad postraumática, y en concreto posabortiva, de la psicopatología de las pacientes, nos encontramos con una serie de dificultades que tienen que ver tanto con la idiosincrasia de los propios trastornos, como con ciertas reacciones anómalas de las mismas pacientes y también con actuaciones inapropiadas de los facultativos.

Dificultades relacionadas con los síntomas de los trastornos

En primer lugar, algunas características de los síntomas reactivos al trauma abortivo hacen que no sea fácil relacionarlos con éste. Así, tenemos que, por una parte, los cuadros de estrés agudo dejan amnesia completa o parcial del episodio (y del trauma); que la paulatina reacción del afrontamiento adaptativo puede hacer que la sintomatología aparezca de forma insidiosa, más o menos alejada del momento del aborto, y que la respuesta defensiva tardía al estrés postraumático provoca la aparición de manifestaciones psicopatológicas, de forma más o menos brusca, a las semanas o meses de haber sufrido el aborto, con lo que la relación de los síntomas con el trauma puede no ser muy evidente.

Por otro lado, no es difícil confundir la sintomatología propia de estos trastornos con otras entidades nosológicas no relacionadas con acontecimientos traumáticos. Así, los síntomas de reexperimentación (imágenes, pensamientos o percepciones recurrentes e intrusivos, ilusiones, alucinaciones y *flashbacks*) pueden diagnosticarse de fenómenos obsesivos o identificarse erróneamente como alteraciones sensorio-perceptivas de un cuadro psicótico; los síntomas de evitación y embotamiento (esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas; incapacidad para recordar; falta de interés por actividades que antes les apetecían; sensación de desapego o alejamiento emocional de los demás; restricción de la vida afectiva, pesimismo y desesperanza) pueden tomarse como síntomas claros de un cuadro depresivo; y el exceso de activación (dificultad para conciliar o mantener el sueño, estado de tensión con fácil irritabilidad o ataques de ira, dificultad para concentrarse, estado de hipervigilancia y respuestas

exageradas de sobresalto e inquietud motora) es similar al que sirve de base a los estados de ansiedad.

Dificultades relacionadas con las defensas de los pacientes

En segundo lugar, además de las características de los trastornos, también ciertas dificultades de las pacientes para recordar o revelar la experiencia traumática, pueden contribuir a que no se identifique el origen reactivo de la sintomatología.

De acuerdo con nuestras observaciones, los mecanismos psicopatogénicos por los que muchas pacientes no habían relacionado los síntomas reactivos y adaptativos con el acontecimiento vital que los había provocado, tenían que ver con ciertas limitaciones cognitivas y distorsiones cognitivas defensivas.

En algunos casos se trataba de fenómenos de inconsciencia “subliminal”, los que no permitieron captar en su momento la gravedad del acontecimiento (por un fenómeno de “alexitimia” cultural o ideológica, o simplemente por la sobrecarga de afrontamientos más urgentes), pero que indudablemente, como se puso de manifiesto posteriormente, no evitaron el impacto traumático.

En ciertas personalidades predispuestas por rasgos dependientes, evitativos o dramáticos, detectamos estrategias represivas con las que intentaban evitar el impacto de un trauma que sin duda superaba su capacidad de integración emocional, y mecanismos disociativos de defensa, en forma de amnesias retrógradas o selectivas producidas por el impacto del acontecimiento.¹⁹

En algunas mujeres, la fisiopatología parecía tener que ver más con el natural proceso del olvido, aunque, eso sí, algo forzado: la evitación más o menos consciente del recuerdo y de los estímulos y situaciones ansiógenos asociados con el trauma, parecía haber acabado, con el tiempo, por desdibujar la memoria del acontecimiento, haciéndolo confuso o incluso extraño a la propia biografía del paciente.

En no pocos casos, a todo lo anterior, se añadía además la “normal” resistencia de las pacientes a referir sus experiencias traumáticas. La tendencia a evitar todo lo relacionado con la experiencia traumática, les llevaba a ocultarla en la exploración. Ante el riesgo de que, al recordar el acontecimiento traumático, se les reactivara la ansiedad, preferían no comentarlo, justificándose con racionalizaciones del tipo de: “eso ya pasó”, “ya no tiene remedio”, “sería peor el remedio que la enfermedad”, “a nadie le importa”, etcétera.

Dificultades relacionadas con las actuaciones de los clínicos

La falta de identificación de la reactividad de la psicopatología posabortiva tiene sin duda que ver también con ciertas actuaciones inadecuadas de los facultativos que atienden a pacientes con estos trastornos.

Una de ellas es la utilización de un enfoque clínico demasiado focalizado en el diagnóstico y tratamiento de los síntomas –alejado de consideraciones etiológicas, siempre complejas y más difíciles de evaluar–, que no explora adecuadamente, entre los antecedentes personales del paciente, la posible existencia de experiencias traumáticas. Dicha falta de exploración depende muchas veces de que los profesionales sanitarios no consideran suficientemente la importancia de los factores desencadenantes, como acontecimientos vitales estresantes y experiencias traumáticas.

Otras veces es la falta de habilidad del facultativo para lograr establecer en la relación con el paciente, la atmósfera de confianza y seguridad necesarias para propiciar la catarsis, lo que hace que las pacientes no se planteen la posibilidad de manifestar el posible origen traumático de sus síntomas.

Las pesadillas como síntoma clave

Sin duda, la mejor forma de superar las dificultades diagnósticas que plantean los trastornos posabortivos consiste en realizar una evaluación psiquiátrica completa según los principios y elementos generales de la Guía Clínica para la evaluación psiquiátrica del adulto²⁰ y de los Trastornos por estrés agudo y estrés postraumático de la APA.²¹ Así es como identificamos alteraciones posabortivas en muchas mujeres diagnosticadas previamente de trastornos afectivos primarios y sometidas a múltiples –y hasta la fecha, ineficaces– tratamientos.

Pero para llegar a dicho diagnóstico, además de esta evaluación integral de las alteraciones con estudio longitudinal de la sintomatología y búsqueda de acontecimientos traumáticos, nos fue de gran ayuda la exploración de un síntoma que, aunque referido frecuentemente por las pacientes, puede pasar desapercibido en el conjunto psicopatológico de estos trastornos: los sueños angustiosos o pesadillas.

De forma repetida fuimos comprobando que los sueños angustiosos o pesadillas, en mujeres con diversos trastornos afectivos y conductuales, parecían ser un síntoma premonitorio del origen traumático posabortivo de la sintomatología y una llamada de alerta que obligaba a tener en cuenta dicha hipótesis; llegando finalmente a la conclusión, considerada también por otros autores,²² de que las pesadillas son indicadores muy sensibles y específicos de la presencia de alteraciones postraumáticas.

Pesadillas postraumáticas

Las pesadillas postraumáticas son uno de los síntomas de reexperimentación que, junto a los de evitación y activación, forman parte de las manifestaciones que aparecen tras sufrir un acontecimiento traumático.²³ Consisten en ensueños vívidos, que producen despertares completos y activación vegetativa (sudación, taquicardia, taquipnea) de carácter leve, y dejan un detallado recuerdo del contenido terrorífico. Los pacientes son capaces de describir la secuencia del sueño con detalle; a veces relatan haber tenido múltiples pesadillas en una misma noche, a menudo centradas en un tema recurrente.

Los contenidos pueden incluir la dramatización de aspectos concretos del suceso traumático,²⁴ o bien referirse a temores más generales (fracasos, humillaciones, amenazas, etcétera). En ellos aparecen con frecuencia situaciones de daño o muerte para el propio paciente o para otros miembros de la familia, con la consecuencia de que muchas veces se resisten a volverse a dormir.

En muchos casos, estos ensueños angustiosos pueden continuar influyendo en la persona más allá del sueño, durante la vigilia. Se trata de ensueños tan vívidos que parecen reales, hasta el punto que determinan su estado emocional de vigilia e incluso su conducta, que continúa como condicionada por los contenidos y afectos experimentados durante el sueño.

Independientemente de que sus contenidos traten o no de aspectos relacionados con el acontecimiento traumático, hay un tipo de pesadillas que simplemente con su presencia confirmarían el origen reactivo de los síntomas.

Se trata de aquellas pesadillas que finalizan con ciertos fenómenos psicomotores de breve duración, como palabras, gritos o sacudidas, ya que, precisamente, dichos fenómenos son más característicos de las pesadillas postraumáticas⁸ que se producen durante el sueño no REM, especialmente en la fase 2.

Pesadillas posabortivas

Las pesadillas que experimentan las pacientes con alteraciones relacionadas con un aborto provocado son lógicamente semejantes a las que se padecen por cualquier otro trauma. Las pacientes las describen como un síntoma más de la reexperimentación persistente del aborto. Como en otras pesadillas postraumáticas, el contenido puede recrear la situación traumática original, aunque la mayoría de ellas no suelen hacer referencia a acontecimientos reales.

En las pacientes con alteraciones posabortivas atendidas por nosotros, las pesadillas reexperimentaban la experiencia traumática del aborto mediante dramatizaciones más o menos angustiosas de aspectos del hecho o de sucesos, situaciones, actitudes y emociones, relacionados con el embarazo o el parto, que les ocurrían a las propias pacientes, a sus familiares o amigos, o a la gente en general.

Así, los contenidos de las pesadillas giraban sobre todo alrededor de sucesos con niños: *“bebés mal desarrollados”, “mi bebé se me cae de los brazos”, “bebés que lloran”, “veo a mi niño muerto rodeado de sangre”, “estoy con niños que se ahogan y no les puedo ayudar”, “iba con un niño envuelto... se escapa y lo atropella un coche”*; situaciones de embarazo o parto: *“mujeres embarazadas”, “doy a luz pájaros o perros muertos o débiles y no sirve reanimarlos”*; desgracias familiares: *“mi madre avergonzada”, “van a matar a mi familia y me voy a quedar sola”*; desgracias personales: *“no voy a tener hijos”, “me persiguen, algo me ha salido mal y no tengo tiempo”*.

En aquellos casos en los que, por no haberse identificado aún la reactividad del trastorno, las pesadillas son referidas por las pacientes como un síntoma más de su cuadro afectivo, procedemos a una exploración más detenida de estos fenómenos y a la investigación biográfica de posibles traumas que pudieran haber originado la sintomatología y que, por el motivo que sea, no habían sido tenidos en cuenta hasta ese momento.

En nuestra práctica^{25,26} comprobamos que, tras las pesadillas recurrentes referidas por pacientes con psicopatología afectiva y conductual inespecífica y resistente, había siempre un acontecimiento traumático, y que, en aquellos casos en que los contenidos de los ensueños tenían que ver con aspectos o temas relacionados de alguna forma con un aborto, la probabilidad de que este específico tipo de trauma estuviera en su origen era muy alta.

Por ello postulamos que ante la presencia de cualquier pesadilla referida por un paciente, es conveniente preguntar siempre por la posible existencia de algún trauma generador, sea del tipo que fuere; y que, si el contenido de la pesadilla tiene que ver con temas relacionados con la crianza, el embarazo, el parto o el aborto, hay que investigar específicamente un probable antecedente abortivo.

Conclusiones

Las alteraciones psicopatológicas relacionadas con el aborto provocado presentan parecidas, si no las mismas, dificultades que las demás alteraciones postraumáticas para ser identificadas como reactivas al trauma abortivo.

Una forma eficiente de identificar la reactividad posabortiva de un determinado trastorno psicopatológico –ayudando así a evitar la cronicidad y resistencia de sus

síntomas— puede ser la comprobación de la existencia en él de pesadillas persistentes, sobre todo si éstas tratan de temas relacionados con el aborto.

Ello no es óbice para que siga siendo deseable y fundamental que, en cualquier evaluación psiquiátrica, y también en las consultas de atención primaria, se efectúe un cribado de acontecimientos traumáticos, que facilite el posible diagnóstico reactivo de la sintomatología, y que,

ante todo trastorno afectivo o conductual-desadaptativo, sobre todo si es en mujeres, se investigue siempre, entre otros posibles acontecimientos traumáticos, el antecedente de un aborto provocado.

Esperamos que nuestra aportación sirva para promover el interés por un tema tan relevante para la salud de muchas mujeres y tan necesitado de estudios empíricos que confirmen la validez de estos hallazgos.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

La Dra. Gómez Lavín es también autora de **Precedentes del aborto provocado en mujeres con síndrome posaborto**, el artículo puede consultarse en www.siicsalud.com/dato/arsiic.php/122432.

Bibliografía

1. Bagarozzi DA. Identification, assessment and treatment of women suffering from post traumatic stress after abortion. *J Fam Psychother* 5:25-54, 1994.
2. Coleman PK, Coyle CT, Rue VM. Late-term elective abortion and susceptibility to posttraumatic stress symptoms. *J Pregnancy* 1305-19, 2010.
3. Thorp JM, Hartmann KE, Shadigian E. Long-term physical and psychological health consequences of induced abortion: review of the evidence. *Obstet Gynecol Surv* 58:67-79, 2003.
4. Gurpegui M, Jurado D. Complicaciones psiquiátricas del aborto. *Cuad Bioet* 20:381-92, 2009.
5. Rue VM, Coleman PK, Rue JJ, Reardon DC. Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women. *Med Sci Monit* 10:SR5-16, 2004.
6. Coleman PK. Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009. *Br J Psychiatry* 199:180-6, 2011.
7. Bradshaw Z, Slade P. The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature. *Clinical Psychology Review* 23:929-958, 2003.
8. American Psychiatric Association. DSM-VI-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Versión española de la cuarta edición revisada de la obra original en lengua inglesa. Barcelona, Masson, 2002.
9. Organización Mundial de la Salud. CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Versión española de la décima edición de la obra original en lengua inglesa. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2000.
10. Pourreza A, Batebi A. Psychological consequences of abortion among the post abortion care seeking women in Tehran. *Iran J Psychiatry* 6:31-6, 2011.
11. Cerda G, Zatzick D, Wise M, Greenhalgh D. Computerized registry recording of psychiatric disorders of pediatric patients with burns. *J Burn Care Rehabil* 21:368-370, 2001.
12. Zatzick DF, Kang SM, Kim SY, Leigh P, Krtavitz R, Drake C, Sue S, Wisner D. Patients with recognized psychiatric disorders in trauma surgery: incidence, inpatient length of stay, and cost. *J Trauma* 49:487-495, 2000.
13. Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 79:131-138, 1998.
14. Engel CC Jr, Liu X, McCarthy BD, Miller RF, Ursano R. Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War-related health concerns. *Psychosom Med* 62:739-745, 2000.
15. Mingote JC. Diagnóstico diferencial del trastorno de estrés postraumático. *Clínica Contemporánea* 2:121-124, 2011.
16. Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 61:24-29, 2000.
17. Baca E, Bobes-García J, Jiner J. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, Consenso español sobre evaluación y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. *Ars Médica*, Barcelona, 2007.
18. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 58:12-15, 1997.
19. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 61:14-21, 2000.
20. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Evaluación psiquiátrica del adulto. *Ars Médica*, Barcelona, 1-41, 2006.
21. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Trastornos por estrés agudo y estrés postraumático. *Ars Médica*, Barcelona, 1133-1265, 2006.
22. Duke LA, Allen DN, Rozee PD, Bommaritto M. The sensitivity and specificity of flashbacks and nightmares to trauma. *Journal Anxiety Disorder* 22:319-327, 2008.
23. Sandman N, Valli K, Kronholm E, Ollila HM, Revonsuo A, Laatikainen T, Paunio T. Nightmares: Prevalence among the Finnish general adult population and war veterans during 1972-2007. *Sleep* 36:1041-1050, 2013.
24. Wittmann L, Schredl M, Kramer M. Dreaming in posttraumatic stress disorder: A critical review of phenomenology, psychophysiology and treatment. *Psychother Psychosom* 76:25-39, 2007.
25. Gómez Lavín C, Zapata R. Categorización diagnóstica del síndrome postaborto. *Actas Esp Psiquiatr* 33:267-72, 2005.
26. Gómez Lavín C, Zapata R. Precedentes del aborto provocado en mujeres con síndrome posaborto, 2012. <http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/122432> (consultado 19 marzo 2013).

Información relevante

Las pesadillas como un síntoma clave para el diagnóstico de la psicopatología posaborto

Respecto a la autora

Carmen Gómez Lavín. Médica especialista en Neurología y Psiquiatría, 1964, Universidad de Zaragoza. Cargos docentes y asistenciales en la Universidad de Navarra; Jefa Clínica de la Clínica Psiquiátrica "Nuestra Señora del Pilar" de Elizondo (Navarra); Consultora en Centro Psiquiátrico de la Fundación Argibide; Directora de la EU de Trabajo Social de Logroño; Consultor especialista en el CSM "Casco Viejo" Pamplona. Numerosas publicaciones sobre temas de su especialidad. Asistencia y participación en congresos y mesas redondas nacionales e internacionales, prestando especial atención al tema de la familia y los abortos de los adolescentes.

Respecto al artículo

Ante todo trastorno afectivo o conductual-desadaptativo debe efectuarse un cribado de acontecimientos traumáticos y, sobre todo si es en mujeres, hay que explorar siempre, entre otros posibles acontecimientos traumáticos, el antecedente de un aborto provocado. La existencia en un determinado trastorno psicopatológico, de pesadillas persistentes, sobre todo si éstas tratan de temas relacionados con el aborto, suele ser índice de la reactividad posabortiva de dicho trastorno.

La autora pregunta

Las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación son alteraciones generalmente graves y a menudo crónicas que pueden pasar desapercibidas, enmascaradas como quejas psicósomáticas, o confundidas con otras alteraciones mentales, si sus síntomas no se relacionan con el trauma que las originó. Un síntoma que hace sospechar el origen postraumático de alteraciones diagnosticadas previamente de trastornos afectivos primarios, suele ser la existencia de ensueños angustiosos o pesadillas.

Determine los síntomas que permiten considerar las pesadillas para el diagnóstico de la psicopatología postraumática:

- A**) Producen despertares completos y activación vegetativa de carácter leve.
- B**) Dejan un detallado recuerdo de contenido terrorífico.
- C**) Pueden determinar el estado emocional vigil e incluso la conducta.
- D**) Finalizan de manera característica con ciertos fenómenos psicomotores de breve duración, como palabras, gritos o sacudidas.
- E**) Todas las respuestas anteriores son correctas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/141488

Palabras clave

aborto provocado, pesadillas, síntoma clave, psicopatología, posaborto

Key words

induced abortion, key symptom, nightmares, psychopathology, post-abortion

Cómo citar

Gómez Lavín C, Zapata R. Las pesadillas como un síntoma clave para el diagnóstico de la psicopatología posaborto. *Salud i Ciencia* 22(2):147-51, Ago 2016.

How to cite

Gómez Lavín C, Zapata R. Nightmares as a key symptom in diagnosing post-abortion psychopathology. Salud i Ciencia 22(2):147-51, Ago 2016.

Orientación

Diagnóstico

Conexiones temáticas

Atención Primaria, Educación Médica, Medicina Familiar, Obstetricia y Ginecología, Salud Mental, Salud Pública.

Artículos trascendentales de la literatura biomédica internacional, acompañados por comentarios de prestigiosos profesionales de nuestro país o el extranjero expresamente invitados por SIIC. Las selecciones de los artículos es responsabilidad de los comités de expertos de sus especialidades principales; los resúmenes, amplios y objetivos, son elaborados por el comité de redacción científica de SIIC. Los lectores que para uso personal precisen la copia completa de un artículo original pueden solicitarla a Fundación SIIC, quien se la proveerá sin costo alguno.

Controversias en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión⁽¹⁾

Novedades y controversias en la terapia de la hipertensión⁽²⁾

Controversies in hypertension management⁽³⁾

Exposición magistral de

Guillermo Fábregues

Médico Cardiólogo, Fundación Favaloro; Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

En el marco del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACiSE) de la Fundación SIIC, se llevó a cabo una exposición magistral a cargo del Dr. Guillermo Fábregues, presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología. Esta actividad se realizó en el aula magna del Hospital General de Agudos J. A. Fernández de la Ciudad de Buenos Aires.

Los contenidos completos de la exposición se encuentran disponibles en el canal SIICSAJUD de youtube www.youtube.com/watch?v=i3q5sqMTmW0&list=UUphdUouR2ksBQkCwOO0RnW7w

Contrapunto 1

Ricardo León de la Fuente

Médico, Investigador Adjunto del CONICET
Director, Hospital Papa Francisco, Salta, Argentina

La relación entre las cifras elevadas de presión arterial y la morbimortalidad cardiovascular y renal ha sido claramente establecida en numerosos estudios observacionales.

Esta enfermedad es de muy alta prevalencia, y difiere según las características de cada país estudiado, en general se podría establecer que la prevalencia global de la hipertensión arterial (HTA) es del 35% al 40%,¹ con un incremento sostenido relacionado linealmente con el envejecimiento del ser humano.

En su presentación, el prestigioso Dr. Guillermo Fábregues puso de manifiesto, en primer lugar, la importancia epidemiológica y pronóstica que significa tener una enfermedad de alta prevalencia como la HTA y un ACV previo o IC, ya que en estos casos la enfermedad tiene una mortalidad del 80% a diez años.

Luego mostró algunos resultados en cuanto al tratamiento utilizado en la Argentina para tratar pacientes con HTA; según el estudio observacional RENATA,² el 71% de los pacientes estaban tratados con monoterapia, y de los que estaban recibiendo una combinación de fármacos, se usaban las combinaciones menos apropiadas, por ejemplo, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) en combinación con un betabloqueante (BB). Existe desde hace tiempo sobrada evidencia de que la mayoría de los pacientes hipertensos, cerca del 75% de ellos, requieren para su

¿Se puede criticar una guía? Actualmente contamos con varias guías sobre hipertensión arterial (HTA): tres estadounidenses, la europea, la NICE, la de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), la latinoamericana y la canadiense. ¿Cuál de estas guías? En este sentido, éste no es un espacio de información sino de reflexión. Se dice que la muerte de una persona es triste y lamentable, mientras que la muerte de millones es sólo una estadística. Podemos pensar, en primer lugar, que como médicos tratamos a un paciente, no tratamos al 30% ni a millones de personas; nuestra responsabilidad es un paciente. Obviamente, las sociedades científicas, el Ministerio de Salud Pública, tienen la responsabilidad de los millones, pero para los médicos lo importante es el paciente que tienen enfrente.

La visión tradicional de HTA es: cifras de presión arterial (PA), daño de órgano blanco y las dos principales complicaciones, accidente cerebrovascular (ACV) e insuficiencia cardíaca (IC). En este sentido, en un estudio de *Medicare*, la supervivencia luego de un ACV fue del 66% a dos años y del 51% después de un segundo ACV. En un estudio sueco, se verificó un 75% de mortalidad a diez años luego de un ACV. Es decir, esto representa la principal complicación del paciente hipertenso.

La otra complicación es la IC. En el año 2000, Karl Swedberg comentó que en el estudio CONSENSUS, de 1987, se demostró la importancia de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en el tratamiento de la IC. Sin embargo, agrega Swedberg, luego de diez años, todos los pacientes de ese estudio habían fallecido.

No obstante, ese estudio fue llevado a cabo hace casi 30 años; por ello, en noviembre de 2011 impacta la publicación del seguimiento del estudio ALLHAT. Éste es un estudio con 30 000 pacientes hipertensos de los Estados Unidos, que se cerró en 2003, en el que se comparó la administración de amlodipina, lisinopril y clortalidona. En esa investigación hubo 1761 pacientes que tuvieron IC durante el seguimiento, de 8.9 años. Al finalizar, 1348 sujetos habían fallecido, es decir el 80%. Debemos destacar que esto fue en los EE.UU., tres años atrás, con el mejor tratamiento en pacientes hipertensos. Por ello, y de acuerdo con mi visión personal, la HTA es la gran subestimada de las enfermedades. El 35% de la población adulta es hipertensa, es decir, uno de cada tres adultos. La HTA no controlada es una enfermedad premaligna; tanto la hipertrofia como la proteinuria serían equivalentes a marcadores tumorales, y las dos complicaciones más importantes de la HTA, el ACV y la IC, son tan malignas como el cáncer, ya que una vez que las personas presentan ACV o IC, a los diez años el 80% de ellas fallece.

⁽¹⁾ Título didáctico de SIIC; ⁽²⁾ Título traducido; ⁽³⁾ Título original.

Es decir que hablamos de una enfermedad muy frecuente, que es la principal causa de muerte, ya que una vez que surge alguna de estas complicaciones (ACV o IC), la mortalidad es tan alta que llega al 80% a los diez años.

Todo esto se evita, en gran medida, controlando la PA. Por ejemplo, en un estudio sueco de 129 pacientes con ACV, 128 no tenían la PA controlada en el momento del ACV. En este sentido, daré como ejemplo tres experiencias distintas –España, Canadá y Argentina–, con respecto al control de la PA. En España, de 2002 a 2010 hubo un incremento significativo del control de la PA, una reducción significativa de la indicación de monoterapia y un aumento franco del tratamiento combinado. Es decir, que para controlar la PA, la gran mayoría de las veces se requieren dos o más fármacos. Por otra parte, en los últimos 20 años, en Canadá alcanzaron un 64% de control de la PA. Esto se logró de dos maneras: con educación y con el incremento de la indicación de fármacos antihipertensivos. Con esa estrategia se logró mejor control y, lo más importante, una reducción muy significativa del ACV, el infarto de miocardio y la IC. Por eso, el mensaje es muy simple: controlar es prevenir infartos y ACV, ya que a los diez años de haber sufrido un ACV o un infarto fallece el 80% de los pacientes.

En la Argentina se llevó a cabo el estudio RENATA (Registro Nacional de Hipertensión Arterial). Sabemos que en el 75% de los casos de pacientes hipertensos deben administrarse dos o más fármacos. En la Argentina se implementa monoterapia en el 71% de los casos. De acuerdo con las guías, la combinación preferida es un IECA, un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II) y un diurético o un bloqueante cálcico; también hay una combinación menos efectiva: IECA o ARA II con un betabloqueante (BB). En nuestro país usamos la menos efectiva: monoterapia. Sobre esta base, debemos analizar qué resultados se obtuvieron con esta estrategia. Tenemos un 25% del control, aunque sabemos que podemos alcanzar el 64%, e incluso el 80% o 90%; por lo tanto, lograr un 25% de control no es lo adecuado.

Así, de esto se tratan las guías: con la misma información y el mismo estudio, uno dice A y el otro dice Z y ambos afirman que “todo se basa en la evidencia”, cuando sabemos que la evidencia es una sola. Lo que buscamos al utilizar una droga, no es que reduzca la presión sino que disminuya la mortalidad.

Al respecto, se cuenta con tres diuréticos: por un lado la clortalidona y la indapamida, que demostraron su efectividad en forma absoluta, y por el otro, la hidroclorotiazida; lo paradójico es que en Argentina utilizamos esta última. En cuanto al lugar de los BB hoy en la HTA, se utilizan muy poco en la HTA no complicada, y un 100% en los pacientes con HTA posinfarto, arritmia, angina de pecho o IC. También tiene indicación de medicación el paciente joven, de 45 a 50 años, que presenta 95 lpm. En estos casos deben utilizarse BB vasodilatadores, ya sea carvedilol o nebivolol, pero siempre con la condición de que no provoquen alteraciones metabólicas.

Frente a un paciente en estadio I, se debe controlar a los tres meses, indicar cambios en el estilo de vida y alentar la monitorización domiciliaria. Si después de tres meses el paciente sigue hipertenso, debe ser tratado.

En estadio II se debe indicar preferentemente dos fármacos y alentar la monitorización domiciliaria de la presión arterial (MDPA), con un equipo automático validado, con el que se considera el promedio de las dos últimas tomas de PA de tres posibles.

El concepto es el siguiente: los pacientes de bajo riesgo van a requerir monoterapia; los de alto riesgo y los resistentes conforman más o menos un 75% de los casos, es decir, la gran mayoría de los pacientes que observamos en la práctica diaria. Ante todos estos datos, comprobamos que en la Argentina la HTA no se controla en forma adecuada, ya que en el 71% de los casos se utiliza un solo fármaco.

En cuanto a la forma de combinar fármacos, la pregunta no es “qué combinar” sino “a quién tratar”. Nos inclinamos por un diurético en pacientes con antecedentes de IC e HTA sistólica, y por un bloqueante cálcico en pacientes con angina de pecho o arteriopatía e HTA sistólica. Conceptualmente, cuando el músculo está mal, el diurético o la combinación son ideales. Frente a un paciente con enfermedad vascular periférica o ante un sujeto coronario, es mejor la combinación con un bloqueante cálcico. Sin embargo, finalmente se utilizan los tres tipos de fármacos.

Recientemente, el profesor Zanchetti publicó un metanálisis que incluyó 245 885 pacientes de 68 ensayos clínicos, entre los años 1966 y 2013, que

adecuado control un tratamiento combinado, y esta combinación se elige en virtud de las características individuales de cada uno de ellos. Las combinaciones más eficaces recomendadas son un ARA II/IECA con un diurético o con un bloqueante cálcico.

En la Argentina, el 44% de los pacientes están sin diagnóstico o diagnosticados pero sin tratamiento, y sólo el 25% de los pacientes logró tener controlada su HTA,² lo cual pone en alerta a todo el primer nivel de atención de nuestro país.

Al hacer un repaso de los diuréticos usados en la HTA, la evidencia mostró la superioridad de la clortalidona y la indapamida sobre la hidroclorotiazida, en términos de menos trastornos metabólicos inducidos, como en el caso puntual de la indapamida en los pacientes añosos, y los mejores resultados pronósticos cuando se las comparó con la hidroclorotiazida. En nuestro país la mayoría de los pacientes tratados con diuréticos están usando hidroclorotiazida.

El atenolol es el BB de mayor uso en nuestro país en los pacientes con HTA. La información disponible nos muestra que los BB con propiedades vasodilatadoras como el carvedilol y el nebivolol, y que no producen alteraciones metabólicas en las personas diabéticas, son preferibles en los pacientes con HTA con estas características.

Una vez iniciado el tratamiento farmacológico, debemos enfocarnos en su cumplimiento. Dado que estamos ante pacientes muchas veces asintomáticos, jóvenes y que tienen por delante muchos años ingiriendo medicamentos, debemos poner en juego todas las herramientas posibles, educando a nuestros pacientes y a la sociedad con el fin de lograr una adhesión adecuada, que claramente hoy es demostrada también como factor pronóstico independiente.³

Cinco metas o desafíos, para concluir:

- * Controlar la presión arterial según los objetivos de las diferentes guías, y luego validarla, esto último con una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o con un control ambulatorio adecuado. Hacerlo en el menor tiempo posible.
- * Evaluar el riesgo integral del paciente (síndrome metabólico, perfil lipídico, daño de órgano blanco, etcétera).
- * Al iniciar un tratamiento utilizar combinaciones terapéuticas adecuadas.
- * Explicar a nuestro paciente que el costo y la importancia del tratamiento adecuado son un ahorro enorme para evitar futuras complicaciones.
- * Educar a la sociedad en su conjunto, desde la infancia, sobre los hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.

Bibliografía

1. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 34:2159-2192, 2013.
2. Marín M, y col. Estudio RENATA. Resultados: prevalencia de hipertensión en población general. *Rev Arg Cardiol* 80(2):121-129, 2012.
3. Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes. *J Am Coll Cardiol* 68(8):789-801, 2016.

Contrapunto 2

Luz Don

Médica, Cardióloga
Jefa de Servicio de Cardiología,
Hospital San Martín
Paraná, Entre Ríos, Argentina

El tema es tratado con mucha agudeza por el doctor Guillermo Fábregues, quien manifiesta el dilema constante entre la utilización de los medicamentos hipotensores consagrados por el uso o la medicina basada en la evidencia y la interpretación de los trabajos científicos.

Tanto es así que la información demuestra que dos de los medicamentos más utilizados, como la hidroclorotiazida y el atenolol no son más efectivos que el placebo.

Si debemos indicar diuréticos, los más recomendados, de acuerdo con la evidencia, son la clortalidona y la indapamida, y en el caso de requerir betabloqueantes, lo ideal es utilizar aquellos que no provoquen alteraciones metabólicas, como carvedilol o nebivolol.

En estadio 1 de HTA, se recomienda comenzar con medidas higiénico-dietarias y controlar a los tres meses.

Para un paciente en estadio 2, la combinación de dos drogas ha demostrado ser mejor que utilizar una droga sola, a pesar de que en la Argentina el 71% de los pacientes se encuentra medicado con monoterapia.

De acuerdo con la gravedad de la hipertensión lo recomendable es comenzar con una terapéutica combinada. El agregado de un bloqueante cálcico lograría un descenso más rápido y efectivo que un ARA II (valsartán).

Si bien la amlodipina disminuye la presión arterial más rápidamente que el valsartán, a los tres meses el efecto obtenido sobre las cifras tensionales es el mismo.

En los pacientes de alto riesgo, controlar rápido y en forma adecuada la presión arterial tiene impacto en la supervivencia, ya que cuando se produce insuficiencia cardíaca o sobreviene un ACV, la mortalidad a los diez años es del 80%. De cualquier forma, el tratamiento debe ser individualizado de acuerdo con la afección y a la edad del paciente.

Los diuréticos son de elección en los enfermos con insuficiencia cardíaca e hipertensión sistólica; en los pacientes con angina, enfermedad vascular periférica o hipertensión sistólica lo ideal es agregar al tratamiento un bloqueante cálcico.

Observando tres guías aparecen diferentes cifras óptimas de presión diastólica, así como combinaciones diferentes de drogas para el tratamiento, debido a la confusión que en la práctica clínica esto genera, se llega a la conclusión luego de escuchar la ponencia, de que si bien es importante conocer las guías nada reemplaza al buen criterio médico.

demostró que el tratamiento de la HTA produjo una reducción altamente significativa de la incidencia de ACV, del 36%; de insuficiencia cardíaca, del 43%; de eventos coronarios, del 16%, y una disminución de la mortalidad cardiovascular y total del 18% y del 11%, respectivamente.

De acuerdo con las diferentes guías –europea, norteamericana y británica–, las combinaciones a utilizar son completamente distintas: en una de ellas se sugiere bloquear con un bloqueante cálcico, en otra se recomienda bloquear con un diurético o bloqueante cálcico y en la tercera, con el fármaco que resulte más conveniente según el criterio del médico tratante.

Con respecto a las metas de PA, en el paciente diabético, el *Joint National Committee* indica un objetivo de 140/90 mm Hg, las normas europeas señalan 140/85 mm Hg y la *American Diabetes Association* (ADA) recomienda 140/80 mm Hg. Es interesante ver que con la misma información y el mismo estudio las metas son distintas. A esto lo comparo con un GPS: a veces indica doblar a la derecha y momentos después recomienda doblar a la izquierda, por lo que esto nos hace sentirnos desconcertados, ya que el mismo aparato nos indica ir en una dirección o en otra. Nuestro primer pensamiento es que no debe funcionar correctamente. Por lo tanto, prescindimos del GPS y preguntamos en algún sitio cómo llegar a destino. Lo que quiero decir es que se pierde la fe en el aparato, que cuando funciona es excelente, pero que cuando permanentemente indica caminos opuestos no le creemos más. Éste es el problema de fondo que creo está sucediendo: las guías, en vez de orientarnos, están comenzando a confundirnos, y cuando lo hacen, dejamos de creer en ellas, porque pensamos que en ello hay intereses económicos, están involucrados la industria, los ministerios, los diferentes países, los sistemas de salud, etcétera.

Por ejemplo, las guías estadounidenses señalan que en los pacientes de menos de 80 años la PA debe ser de 140/90 mm Hg y en los de más de 80 años, de 150/90 mm Hg.

El *Joint National Committee*, por su parte, generó mucha controversia: en pacientes menores de 60 años, la PA debe ser de 140/90 mm Hg, mientras que en mayores de 60 años, debe ser de 150/90 mm Hg. Es decir, que en una persona de 62 años, el objetivo es mantenerla con menos de 150 mm Hg. Esto provocó muchas críticas ya que, ¿cómo explicarles al clínico, al cardiólogo y al paciente que si bien se considera HTA ante una PA de 140 mm Hg, el objetivo terapéutico en una persona de 62 años es una PA de 145 mm Hg, es decir valores en el rango de HTA? O se cambia la definición de HTA o en las metas propuestas hay cierta contradicción.

Como mencioné, éste es un espacio de reflexión, en el que cada uno tiene que llegar a su propia conclusión. Por ello, hago referencia a la torre de Babel, con toda la gente hablando diferentes idiomas. Pieter Brueghel, pintor del siglo XVI, representó la torre de Babel inspirado en el Génesis: “El Señor castiga la vanidad y confunde a la gente cuando comienza a construir una torre tan alta que llegue al cielo.” Esto puede compararse con la vanidad de las sociedades científicas: cada una quiere su guía y sus propias recomendaciones. Lamentablemente, todo esto nos confunde y lo peor que puede pasar es que cada uno elabore sus propias normativas.

En relación con la HTA, otro concepto que propongo es el de los mitos que matan. El primer mito se refiere a la idea de presión nerviosa; el segundo mito, a que las estatinas destruyen los músculos y el hígado. Casi el 100% de los pacientes afirman que su PA es nerviosa: “Cuando veo al médico con guardapolvo blanco, mi presión aumenta”. También el 100% de los pacientes abandona el uso de estatinas dentro del año, supuestamente debido a su creencia de los efectos adversos que producen.

En conclusión, estoy convencido que si controlamos la PA de nuestros pacientes con fármacos y con educación, vamos a lograr que aquellos –sin ACV, IC o diálisis– no solamente vivan más años, sino que, y esto es lo más importante, disfruten cada día.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016

Estilo de SIIC: Informe de la Red Científica Iberoamericana

Agradecimiento: No declarado.

Palabras clave: hipertensión, diuréticos, controversia, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca

Conflictos de interés: No declarados.

Patrocinio: El evento fue patrocinado por el laboratorio Argentina.

Especialidades principales: Atención Primaria, Cardiología

Especialidades relacionadas: Geriátrica, Medicina Farmacéutica, Medicina Familiar, Medicina Interna

Resúmenes de artículos originales recientemente aprobados que, por razones de espacio, no pudieron publicarse en la presente edición. Las versiones completas de los trabajos de Papernet SIIC pueden consultarse libremente, hasta el 30 de Noviembre de 2016, en las páginas de www.siicsalud.com que se indican a la izquierda de cada resumen.

Acceda a este artículo en siicinfo

 **• info**

Artículo completo:
www.siicsalud.com/saludiciencia/222/577.htm
Extensión aproximada:
12 páginas

Efectos viscerales y somáticos de la diabetes materna sobre el desarrollo fetal

 **QUIRÓN** Madrid
José García Flores
Hospital Universitario Quirón Madrid,
Pozuelo de Alarcón, España

La gestación asociada con la diabetes conlleva una serie de complicaciones maternas, como hipertensión arterial y preeclampsia. A largo plazo, la mujer que padece diabetes gestacional tiene un riesgo aumentado de experimentar diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico. La hiperglucemia materna incrementa la morbimortalidad perinatal. El aumento de la adiposidad fetal redundará en efectos a corto plazo (incremento del riesgo de parto distócico, hipoglucemia neonatal, ictericia y poliglobulia, síndrome de dificultad respiratoria neonatal), así como complicaciones metabólicas a largo plazo (aumento del riesgo de obesidad y enfermedad endocrina en el adulto). Igualmente, se han descrito cambios viscerales asociados, como hipertrofia cardíaca o hepatomegalia. Los fetos de madres diabéticas experimentan un riesgo de mortalidad aumentada secundario a un mecanismo de acidosis metabólica, que se manifiesta mediante un aumento de eritropoyetina fetal que estimula el aumento de la masa eritrocitaria fetal de forma reactiva.

Acceda a este artículo en siicinfo

 **• info**

Artículo completo:
www.siicsalud.com/saludiciencia/222/578.htm
Extensión aproximada:
10 páginas


Función plaquetaria y resistencia a la aspirina

S. Fairley
Wellington Hospital, Wellington,
Nueva Zelanda

Introducción: A pesar de que el estudio *Antiplatelet Trialists' Collaboration* reportó una reducción del 25% de eventos graves en los pacientes de alto riesgo tratados con aspirina, una proporción de ellos presentan eventos isquémicos recurrentes. Esto llevó al surgimiento del concepto de resistencia a la aspirina con tasas de entre el 0.4% y el 83%. El presente estudio evaluó la variabilidad en la función plaquetaria basal, la prevalencia de la resistencia a la aspirina y el rendimiento y la reproducibilidad de los métodos de evaluación de la función plaquetaria. **Materiales y métodos:** Se llevó a cabo un estudio cruzado, aleatorizado, de mediciones repetidas, con individuos sanos de entre 18 y 60 años. Luego de firmar el consentimiento informado, los participantes fueron aleatorizados para recibir una dosis de aspirina (75 mg o 300 mg) y una secuencia de tratamiento con evaluaciones al inicio y después de cada uno de los cuatro períodos de tratamiento de tres semanas mediante el *Optical Platelet Aggregation* (OPA), el PFA-100™, el VerifyNow™, y a través de mediciones de los niveles séricos y urinarios de tromboxano (TXB2). El estudio recibió aprobación ética, y el análisis estadístico se realizó utilizando el sistema SPSS17. **Resultados:** La tasa global de resistencia a la aspirina fue del 2.4% al 63.5%, dependiendo de la evaluación utilizada. La

sensibilidad de los ensayos varió de 24.0% (OPA ADP10) a 87.8% (TXB2 sérico), y la especificidad de 81.0% (PFA-100™) a 97.4% (TXB2 sérico). La selección de valores de corte alternativos llevó a diferencias en la tasa de prevalencia de resistencia a la aspirina, con una compensación en la sensibilidad y la especificidad. **Conclusión:** La respuesta a la aspirina demostró una marcada variabilidad interevaluación, interindividual y temporal. Las evaluaciones repetidas que utilizan distintos ensayos son necesarias para diagnosticar fiablemente la resistencia a la aspirina. Además, la selección de valores de corte alternativos de las evaluaciones debe considerarse cuando se evalúa formalmente la respuesta a la aspirina.

Acceda a este artículo en siicinfo

 **• info**

Artículo completo:
www.siicsalud.com/saludiciencia/222/579.htm
Extensión aproximada:
10 páginas

Associação entre condições crônicas de saúde (condiciones crónicas de salud), multimorbidade, e índice de massa corporal em idosos (en los enfermos)

Andrée Philippe Pimentel Coutinho
Centro Educacional Ana Sperandio Battisti,
San José, Brasil

Objetivo: Investigar a associação entre condições crônicas de saúde (*condiciones crónicas de salud*), multimorbidade, e índice de massa corporal em idosos (*en los enfermos*). **Métodos:** Estudo transversal realizado com 1702 pessoas com 60 anos ou mais (*mayores de 60 años*) (amostras de probabilidade), residentes em Florianópolis, Sul do Brasil. As seguintes condições crônicas de saúde foram identificadas por auto relato: artrite (*artritis*), reumatismo, artrose (*artrosis*); câncer; depressão, diabetes mellitus; doença crônica pulmonar (*enfermedad pulmonar crónica*); doença da coluna (*enfermedad de la columna*); hipertensão arterial sistêmica; doença coronariana (*enfermedad coronaria*); insuficiência renal crônica; depressão; doença vascular cerebral, úlcera, história de quedas e dependência nas atividades da vida diária (*historial de caídas y necesidad de dependencia para realizar las actividades diarias*). Associações entre as variáveis independentes e índice de massa corporal (IMC) foram testadas por meio de regressão linear (*fueron tprobadas mediante regresión lineal*) (bruta e ajustada). **Resultados:** Após ajuste (*Luego de la primera clasificación*) (idade, escolaridade, arranjo familiar [*situación familiar*], tabagismo, circunferência da cintura, estado cognitivo e todas as outras condições crônicas de saúde) foram identificadas as seguintes associações: para os homens (*los hombres*), a doença crônica pulmonar e a doença coronariana foram associadas ao IMC mais baixo (*a menor IMC*), enquanto a depressão foi associada ao maior (*mientras que la depresión se asoció con mayor*) IMC. Para as mulheres, a doença cerebrovascular e a diabetes foram independentemente associadas aos menores valores de IMC. Houve tendência linear entre o (*Se halló una tendencia lineal entre el*) número de doenças crônicas e IMC, para homens e mulheres. **Conclusão:** As associações foram específicas ao sexo. Quando avaliadas separadamente (*Cuando se evaluaron por separado*), as doenças crônicas foram, em geral, associadas aos menores valores de IMC, exceto a depressão nos homens (*con excepción de la depresión en los hombres*). No entanto, a (*Mientras que, la*) multimorbidade foi associada ao maior IMC.

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. www.siicsalud.com/tit/casiic.php

Tumor neuroectodérmico primitivo endometrial con metástasis bilateral en mama

Endometrial primitive neuroectodermal tumour with bilateral metastases in breast

Rosario Guerrero Cauqui

Doctora en Anatomía Patológica, Facultativa Especialista de Área, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de Algeciras, Cádiz, España

Elena Sánchez Legaza, Doctora en Otorrinolaringología, Facultativa Especialista de Área, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Algeciras, Cádiz, España

José Miranda Caravallo, Facultativo Especialista de Área de Anestesia y Reanimación, Servicio de Anestesia, Hospital de Algeciras, Cádiz, España

Acceda a este artículo en siicsalud	
	Código Respuesta Rápida (Quick Response Code, QR)
	 Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores. www.siicsalud.com/dato/casiic.php/153009

Introducción

El sarcoma de Ewing-tumor neuroectodérmico primitivo (PNET, por su sigla en inglés) constituye una familia de neoplasias que se caracterizan por una diferenciación neuroectodérmica. Fue descrito por primera vez en 1918 por Stout, y el término fue acuñado en 1973 por Hart y Earle, y se define como un sarcoma de grado variable y diferenciación neuroectodérmica. Puede ser central y periférico, de acuerdo con la célula de origen y la localización.

El PNET central deriva del tubo neural y engloba sobre todo el cerebro y la médula espinal. El PNET periférico deriva de la cresta neural y tiene lugar fuera del sistema nervioso central, afecta el sistema nervioso simpático, el hueso y los tejidos blandos, y a nivel visceral afecta el pulmón, el riñón y el tracto genital femenino.¹

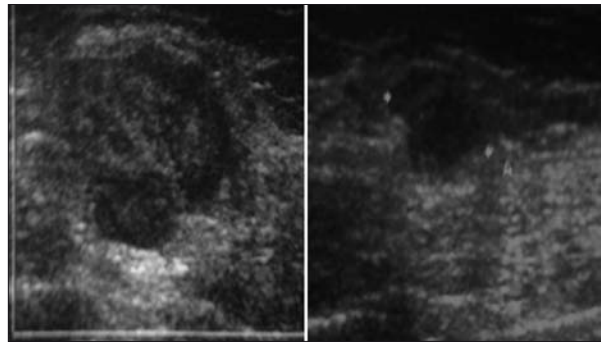
El PNET del útero es extremadamente raro en el aparato genital femenino (sólo se han descrito 44 casos),² por lo que la información existente es limitada.

Presentamos el caso único de una paciente posmenopáusica con PNET uterino con metástasis bilateral en ambas mamas, pues no hemos encontrado en la literatura anglosajona ningún caso con metástasis bilateral en ambas mamas.

Caso clínico

Mujer de 66 años, cuyos antecedentes familiares oncológicos son madre con cáncer de útero y padre con cáncer de colon, y personales (dos cesáreas y un legrado por aborto, menarca a los 11 años y menopausia a los 52, y apendicectomía), acude a la consulta por sangrado vaginal irregular de tres meses de evolución.

A la exploración se aprecia cérvix permeable, y se palpa un nódulo móvil en mama derecha. Análítica normal. Se realiza una ecografía abdominal en la que aparece un útero de 75.6 x 49 mm con imagen homogénea de 42 mm que ocupa endometrio, que no permite visualización de endometrio ni anejos. En la mamografía se observa un nódulo irregular, mal delimitado en el cuadrante superoexterno de mama derecha, así como otro nódulo en la mama izquierda (Figuras 1 y 2).



Figuras 1 y 2. En la mamografía y ecografía mamaria se aprecia un nódulo irregular en el cuadrante superoexterno de mama derecha.

La resonancia magnética abdominal describe un miometrio muy adelgazado con masa uterina de 4 y 5 cm (Figura 3) y un nódulo sólido de 17 mm captador de contraste en la fosa isquiorrectal izquierda, y un gran quiste hepático, sugestivo de quiste simple, confirmado posteriormente con ecografía.

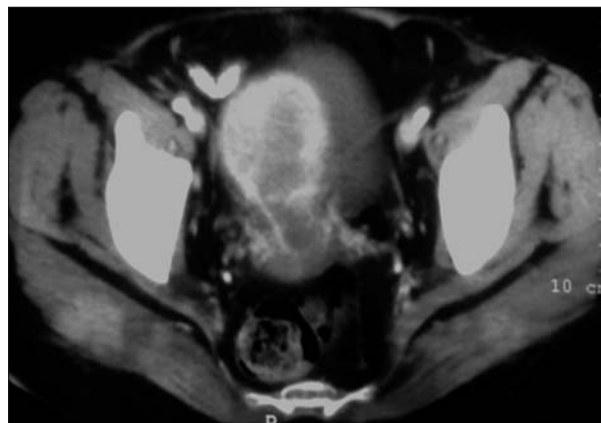


Figura 3. En la resonancia magnética se aprecia tumoración de 4 x 3 x 5 cm limitada al cuerpo uterino.

Se realiza legrado con biopsia endometrial y trucut del nódulo en cuadrante superior externo de la mama derecha, con diagnóstico de tumor maligno indiferenciado. Posteriormente se practica una histerectomía más anexectomía bilateral y linfadenectomía pelviana selectiva, así como exéresis bilateral del nódulo en ambas mamas.

El estudio histológico muestra cuerpo uterino de 7.6 x 5 x 3 cm, con tumoración ulcerada que afecta toda la cavidad endometrial e infiltra masivamente la capa muscular y puntualmente la serosa, con focos de invasión vascular. Microscópicamente, presenta núcleos pequeños, hiper cromáticos, citoplasma muy escaso, formando masas, con alto índice mitótico y grandes áreas de necrosis. Inmunohistoquímicamente es negativa para citoqueratina, desmina, actina, antígeno leucocitario común y S-100; positiva para vimentina, CD56, CD99 (Figuras 4 y 5) y FLi-1 positivo dudoso, y focalmente para enolasa y sinaptofisina, siendo identificado como sarcoma de alto grado endometrial tipo PNET. Los nódulos mamarios igualmente son caracterizados como PNET. La paciente se queja de dolor a nivel de cadera e inestabilidad, se le realiza gammagrafía ósea y radiografía simple, que muestran lesiones líticas, compatibles con metástasis a nivel femoral y de la calota craneal.

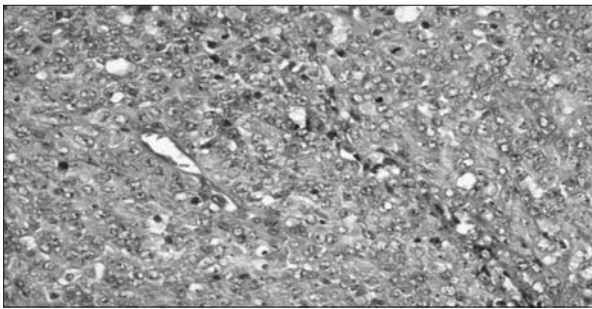


Figura 4. Imagen de células de PNET con núcleos con cromatina vesicular y nucléolo prominente, he x 20.

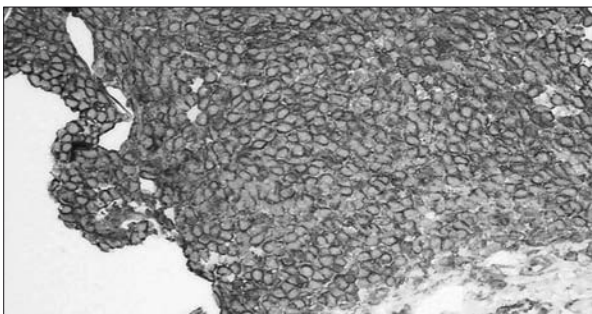


Figura 5. Inmunotinción positiva para marcador CD99.

Con el diagnóstico de PNET estadio IVB se remite al comité oncológico, se decide aplicar 12 ciclos de quimioterapia tipo VAC (vincristina, adriamicina, ciclofosfamida), alternando con VP16 IFo (etopósido e ifosfamida). Actualmente, luego de cinco años, la paciente está asintomática y libre de enfermedad, con esteatosis hepática y, a nivel radiológico, sólo un quiste hepático de 4 mm.

■ Discusión

El PNET en el tracto genital femenino es extremadamente raro, el ovario suele ser la localización más frecuente, seguido del cuerpo uterino, el cérvix y la vulva como los más infrecuen-

tes.³ A nivel uterino constituyen menos de un 3% de todas las neoplasias, la mayoría son leiomiomas y sarcomas del endometrio y tienen predilección por el cuerpo uterino.⁴ Se caracterizan en el 85% de los casos por la translocación en los genes EWS (t (11; 22) (q24; q12) y FLi-1.¹ Suelen ser PNET puros o asociados con otros subtipos histológicos (el 28% se asocia con neoplasias mullerianas, sobre todo al carcinoma endometrial).⁵

Se presentan preferentemente en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años (75%), aunque también en adolescentes, con un rango de edad entre 12 y 81 años), y el sangrado vaginal irregular es el síntoma de presentación más frecuente, aunque en ocasiones se palpa una masa pelviana.⁶

Típicamente, muestran células redondas llamativamente uniformes e hiper cromáticas que se agrupan formando un patrón lobular. Cada célula tiene un núcleo redondo u ovalado con cromatina fina y uno o dos nucléolos pequeños. El citoplasma es escaso, pálido y mal definido, con un número de mitosis variable. Aunque está muy vascularizado, las células están densamente agrupadas comprimiendo los vasos, y sólo se distinguen áreas de necrosis. Pueden encontrarse PNET atípicos: de células grandes o de células fusiformes; a veces forman rosetas, la mayoría son similares a las de los neuroblastomas.⁷

El diagnóstico se basa en microscopía óptica e inmunohistoquímica, que muestra diferenciación neuroectodérmica, y los marcadores neuroectodérmicos más importantes son CD99 y FLi-1, aunque también expresan positividad para vimentina, y muy focalmente a NSE, cromogranina, sinaptofisina y S-100.⁸

El diagnóstico diferencial incluye tumores que contienen elementos neuroectodérmicos del tipo central, como tejido glial maduro en endocérnix/endometrio, teratoma inmaduro con tejido glial, gliomas uterinos múltiples, tumores uterinos con una pequeña población de células malignas (carcinoma indiferenciado, carcinoma de células pequeñas, sarcoma estromal y linfoma), rabdomiosarcoma alveolar y metástasis del carcinoma del Merckel.

Tienen un curso clínico potencialmente agresivo y se detecta en estadios avanzados, salvo el PNET endometrial, que típicamente suele diagnosticarse en forma temprana, y por lo tanto con un mejor pronóstico. Su pronóstico se correlaciona con su estadificación (FIGO) en el momento del diagnóstico.³

No existe uniformidad en el tratamiento, y se requiere que éste sea temprano y multimodal, incluye cirugía, quimioterapia (vincristina, ciclofosfamida, cisplatino, doxorubicina, actinomicina D, carboplatino y VP-16) o radioterapia o ambas.⁹ Aunque el mesilato de imatinib ha resultado ser un éxito terapéutico en los tumores del estroma gastrointestinal, en el caso de los PNET se desconoce su potencial terapéutico, posiblemente porque el 24% de los PNET expresan positividad variable al CD117.¹⁰

■ Conclusión

El PNET uterino debe estar presente en el diagnóstico diferencial de tumores uterinos de células pequeñas para realizar un diagnóstico precoz, evitando así su comportamiento agresivo; es fundamental la positividad de los marcadores CD99 y FLi-1. Además, debe descartarse una metástasis en otro órgano y a nivel mamario (como nuestro caso), mediante su exploración y la realización de una mamografía/ecografía.

Bibliografía

1. Daya D, Lukka H, Clement P. Primitive neuroectodermal tumors of the uterus: A report of four cases. *Hum Pathol* 23(10):1120-9, 1992.
2. Ren YL, Tang XY, Li T. Ewing sarcoma-primitive neuroectodermal tumor of the uterus: a clinicopathologic, immunohistochemical and ultrastructural study of one case. *Arch Gynecol Obstet* 283(5):1139-43, 2011.
3. Park JY, Lee S, Kang HJ, Kim HS, Park SY. Primary Ewing's sarcoma-primitive neuroectodermal tumor of the uterus: A case report and literature review. *Gynecologic Oncology* 106(2):427-32, 2007.
4. Fadare O. Heterologous and rare homologous sarcomas of the uterine corpus: a clinicopathologic review. *Adv Anat Pathol* 18(1):60-74, 2011. doi: 10.1097/PAP.0b013e3182026be7.
5. Bhardwaj M, Batrani M, Chawla I, Malik R. Uterine primitive neuroectodermal tumor with adenosarcoma: a case report. *J Med Case Rep* 28(4):195-199, 2010.
6. Majeed U, Ilyas MA, Uddin N, Ahmed Q, Mansoor S, Jamshed A, et al. Primary Ewing's sarcoma-primitive neuroectodermal tumour of uterus. *J Obstet Gynaecol* 29(1):73-4, 2009.
7. Blattner JM, Gable P, Quigley MM, McHale MT. Primitive neuroectodermal tumor of the uterus. *Gynecol Oncol* 106(2):419-22, 2007.
8. Euscher ED, Deavers MT, Lopez-Terrada D, Lazar AJ, Silva EG, Malpica A. Uterine tumors with neuroectodermal differentiation: a series of 17 cases and review of the literature. *Am J surg Pathol* 32(2):219-28, 2008.
9. Tang X, Wang P, He Y, Yang F, Li L, Wang H, et al. Primitive neuroectodermal tumor in female genital tract: a clinicopathologic study. *Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi* 41(11):729-32, 2012.
- Folpe AL, Goldblum JR, Rubin BP et al. Morphological and immunophenotypic diversity in Ewing family tumors a study of 66 genetically confirmed cases. *Am J Surg Pathol* 29:1025, 2005.

Información relevante

Tumor neuroectodérmico primitivo endometrial con metástasis bilateral en mama

Rosario Guerrero Cauqui. Licenciada en Medicina (1991). Médica Especialista en Medicina Familiar (2004). Médica Especialista en Anatomía Patológica (vía MIR, 2007). Doctorado en Medicina y Cirugía (sobresaliente "cum laude", 2001). Los últimos proyectos de investigación: Tendencia en diagnóstico precoz de melanoma cutáneo y análisis de factores clinicopatológicos, epidemiológicos y asistenciales en Andalucía, Instituto de Salud Carlos III. Última publicación: Bosentan for the treatment of a clinical syndrome closely resembling calcific uremic arteriolopathy (2014).

Respecto al artículo

El tumor neuroectodérmico primitivo del útero es una neoplasia extremadamente rara. Suele presentarse como sarcomas puros en mujeres posmenopáusicas como un sangrado vaginal irregular. Tiene una rápida progresión, con un pronóstico menos desfavorable que el resto de los tumores neuroectodérmicos uterinos, por lo que requiere incluirlo en el diagnóstico diferencial de tumores uterinos de células pequeñas para realizar un diagnóstico precoz, evitando así su comportamiento agresivo. La positividad de los marcadores CD99 y FLI-1 es fundamental para realizar su diagnóstico.

La autora pregunta

Los PNET uterinos son sarcomas infrecuentes que requieren un diagnóstico precoz para mejorar su pronóstico.

¿Cuál de las siguientes neoplasias debe considerarse en el diagnóstico diferencial del PNET?

- A Carcinoma indiferenciado.
- B Carcinoma de células pequeñas.
- C Sarcoma estromal.
- D Linfoma.
- E Todas las mencionadas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/153009

Palabras clave

sarcoma de Ewing, tumor neuroectodérmico primitivo, útero

Key words

Ewing's sarcoma, primitive neuroectodermal tumor; uterus

Lista de abreviaturas y siglas

PNET, tumor neuroectodérmico primitivo; VAC, vincristina, adriamicina, ciclofosfamida.

Cómo citar

Guerrero Cauqui R, Sánchez Legaza E, Miranda Caravallo J. Tumor neuroectodérmico primitivo endometrial con metástasis bilateral en mama. *Salud i Ciencia* 22(2):156-9, Ago 2016.

How to cite

Guerrero Cauqui R, Sánchez Legaza E, Miranda Caravallo J. Endometrial primitive neuroectodermal tumour with bilateral metastases in breast. Salud i Ciencia 22(2):156-9, Ago 2016.

Orientación

Clínica, Diagnóstico

Conexiones temáticas

Diagnóstico por Imágenes, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oncología

Las entrevistas de Entre Expertos reúnen a destacados especialistas interesados en la difusión de conocimientos estratégicos, útiles para el ejercicio de la profesión.

Las preguntas de Entre Expertos son formuladas al entrevistado por uno o más entrevistadores especialistas. Unos y otros, expresamente convocados por SIIC, participan en este innovador mecanismo de edición supervisado por el plantel editorial de nuestra organización. Las preguntas y respuestas en inglés u otros idiomas (con excepción del portugués) son traducidas al castellano por el Comité de Traductores Biomédicos de SIIC; en estos casos, las dos versiones pueden consultarse completas en la sección Entrevistas del sitio siicsalud.com.

Acinetobacter baumannii como causa de bacteriemia

Acinetobacter baumannii as the cause of bacteremia

“Ante la identificación de Acinetobacter baumannii como causa de bacteriemia es necesario considerar los diferentes factores que influyen en la elección del tratamiento antimicrobiano, como la resistencia microbiana presente en determinada área geográfica. Además, es fundamental la implementación y adhesión a las medidas de control de infecciones.”

(especial para SIIC © Derechos reservados)

Entrevista exclusiva a

Guadalupe Aguirre-Ávalos

Médica coordinadora, Programa de Residencia en Medicina del Enfermo en Estado Crítico, Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Civil Fay A. Alcalde, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

Entrevistadores

María Teresa Rosanova

Jefa Clínica Médica, Servicio de Control Epidemiológico e Infectología, Hospital Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Juan Grignola Rial

Médico del Departamento de Fisiopatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Acceda a este artículo en [siicsalud](http://siicsalud.com)



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

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

www.siicsalud.com/dato/ensiic.php/120978

hepática crónica, disfunción respiratoria al ingreso, ventilación mecánica, antimicrobianos previos (fluoroquinolonas, cefepime), episodios previos de sepsis, procedimientos invasivos (catéter venoso central, drenajes abdominales) y nutrición parenteral total. En los pacientes quemados, la colonización previa por *Acinetobacter baumannii*, una superficie corporal quemada mayor del 50% y la utilización de hidroterapia.

¿Cómo colabora el laboratorio de microbiología en su identificación y antibiograma?

Posterior al aislamiento microbiológico, la utilización de sistemas automatizados de identificación bacteriana (reacciones bioquímicas) y sensibilidad antimicrobiana *in vitro* (diluciones estandarizadas de antimicrobianos que

corresponden a los puntos de corte de sensibilidad establecidos por el *Clinical and Laboratory Standards Institute*) permiten mayor rapidez y precisión en la obtención de resultados al ser comparados con métodos convencionales o semiautomatizados.

Estos métodos de identificación fenotípica por medio de reacciones bioquímicas no permiten diferenciar *Acinetobacter baumannii* de *Acinetobacter calcoaceticus*, *Acinetobacter noso-*

Guadalajara, México (especial para SIIC)

MTR: ¿Qué factores de riesgo se consideran, en pediatría y en adultos, para adquisición de bacteriemia?

GAA: En el paciente pediátrico se han identificado los siguientes factores de riesgo: prematuridad, bajo peso al nacer, la presencia de catéter venoso central, nutrición parenteral total, ventilación mecánica y exposición previa de antimicrobianos

En el adulto es más frecuente en pacientes críticos con: inmunosupresión (enfermedades hematológicas malignas, quimioterapia y radioterapia), enfermedad



comialis o *Acinetobacter pittii* (*Acinetobacter calcoaceticus*- *Acinetobacter baumannii* complex o ACB complex).

La identificación de *Acinetobacter baumannii* requiere de métodos genéticos.

¿Qué antibióticos son de elección para el tratamiento y cuál es la duración de éste?

Ante las pruebas de un hemocultivo positivo para ACB complex, en la elección del tratamiento dirigido se deben considerar los siguientes factores: el perfil de resistencia y sensibilidad, la eficacia del tratamiento empírico inicial apropiado, los aspectos de farmacocinética y farmacodinamia, el sitio de origen de la bacteriemia y la gravedad de la manifestación clínica (sepsis o *shock* séptico).

La distribución de genoespecies prevalentes difiere geográficamente. Los carbapenémicos (imipenem y meropenem) son los antibióticos de elección en áreas con tasas bajas de resistencia a carbapenémicos.

Se debe individualizar la duración del tratamiento. Se sugiere mantener la terapia antimicrobiana por 2 semanas, especialmente en los pacientes que presentaron manifestaciones de sepsis grave y *shock* séptico. Así también considerar el sitio de origen de la bacteriemia.

Otras condiciones para considerar en la duración del tratamiento son el control del sitio de origen y la duración de la bacteriemia (eventos de bacteriemia). Así como la utilidad de los marcadores diagnósticos de infección bacteriana para suspender terapia.

¿Es necesaria la aplicación de una terapia sinérgica? ¿En qué casos se aconsejaría una monoterapia?

La dificultad en la selección del tratamiento de estas infecciones radica en la capacidad de la bacteria para desarrollar resistencia a los antimicrobianos, con la emergencia de clones resistentes.

Ninguna recomendación definitiva se puede hacer en relación con la terapia combinada o monoterapia para infecciones por *Acinetobacter baumannii* multidrug-resistant (MDR), *extensively drug-resistant* (XDR) y *pan-drug-resistant* (PDR).

Las siguientes consideraciones son importantes en monoterapia:

- Los carbapenémicos (imipenem o meropenem) no se deben utilizar en áreas con tasas altas de resistencia a este grupo.
- Tigeciclina y sulbactam no se deben utilizar en terapia empírica.
- Sulbactam sí puede ser utilizado en terapia dirigida.
- Se sugiere una polimixina como parte del tratamiento empírico ante la presunción de resistencia a carbapenémicos.

Las siguientes consideraciones son importantes en la combinación de agentes con efecto aditivo o sinérgico:

- Carbapenémicos, sulbactam, rifampicina y tigeciclina son los agentes más investigados en el contexto del tratamiento combinado.
- Polimixinas, tigeciclina y sulbactam son los agentes más utilizados en infecciones por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos y XDR con diferentes resultados.
- En cepas resistentes a carbapenémicos, la respuesta es mejor con terapia combinada. El agente óptimo para la combinación con colistina y la dosis de colis-

tina que proporcione la mejor eficacia clínica mientras se minimiza la toxicidad no está definido.

- Las tasas de erradicación microbiológica, cura y supervivencia son mayores con terapia combinada con colistina comparada con colistina sola.
- La combinación de sulbactam o una polimixina con un segundo agente (tigeciclina, rifampicina o fosfomicina) se puede considerar en insuficiencia cardíaca o por un aislamiento con MIC (concentración mínima inhibitoria, por su sigla en inglés) en el límite superior de susceptibilidad.
- La combinación con un segundo agente (glucopéptidos, rifampicina y fosfomicina) se ha estudiado y puede ser de beneficio.

¿Qué medidas de aislamiento deben llevarse a cabo en el hospital?

En los pacientes infectados o colonizados por *Acinetobacter baumannii* se deben implementar las siguientes medidas de aislamiento por contacto:

- Habitación individual con identificación adecuada del tipo de aislamiento (contacto) en la puerta de la habitación.
- Utilizar códigos de alerta identificando a estos pacientes.
- Las precauciones de barrera (protección personal).
- Las precauciones de transmisión por contacto.
- La limpieza del cuarto y del equipo médico debe ser examinada cuidadosamente.
- Restricción de visitas

Se requiere una vigilancia estrecha y permanente de las áreas donde se aísla *Acinetobacter baumannii*, para reforzar las medidas de control de infecciones y prevenir su diseminación.

JGR: ¿Qué importancia clínica tiene la identificación rápida y segura de las diferentes genoespecies del grupo *Acinetobacter baumannii* frente a una bacteriemia?

GAA: Para un mejor entendimiento de la patogénesis y epidemiología de las infecciones por ACB complex, se requiere la identificación de las genoespecies.

Las genoespecies del ACB complex implicadas en bacteriemias incluyen a: *Acinetobacter baumannii* (genoespecie 2), *Acinetobacter nosocomialis* (genoespecie 13TU) y *Acinetobacter pittii* (genoespecie 3). Cuando se comparan las genoespecies, *Acinetobacter baumannii* genoespecie 2 es más frecuente en pacientes críticos (64.4%) y éstos tienen más probabilidad de presentar neumonía. Las altas tasas de resistencia a los antimicrobianos que presenta se asocian con mortalidad, ya que puede ser responsable de la selección inapropiada de la terapia empírica y del retraso de la terapia adecuada. La identificación de las genoespecies puede predecir los resultados de bacteriemia y es un factor predictivo independiente de mortalidad. La terapia antimicrobiana apropiada en bacteriemias por *Acinetobacter baumannii* (con identificación genómica) disminuye la mortalidad a 14 días en pacientes graves.

¿Qué tipo de metodología genotípica emplea para diferenciar las 3 genoespecies principales del grupo ACB complex en su práctica clínica?

No utilizamos metodología genotípica para la identificación de ACB complex en la práctica clínica diaria. Es

una limitante a nivel internacional el no contar con esta metodología en los laboratorios de microbiología clínica. La mayoría de los trabajos de investigación de identificación genotípica son retrospectivos, utilizando una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) múltiple.

A la luz de la emergencia de brotes de *Acinetobacter baumannii* PDR, ¿qué papel cumpliría la implementación de técnicas diagnósticas rápidas?

Implementar técnicas diagnósticas rápidas ayuda a identificar pacientes con estas infecciones, agiliza la aplicación de estrategias de intervención para prevención y control, así como el inicio de una terapia temprana.

Técnicas diagnósticas rápidas que se utilizan con este fin:

- En la vigilancia de cultivos, se sugiere utilizar medios cromogénicos para identificación rápida de *Acinetobacter* multirresistente.
- Dirigidas a marcadores de resistencia, la prueba CarbAcineto NP identifica la producción de carbapenemasa tipo OXA de *Acinetobacter*.

Futuros estudios con PCR inmediatas para la determinación de geno-especies y susceptibilidad a antimicrobianos conllevan a una terapia temprana y adecuada.

Teniendo en cuenta el aumento de bacteriemias *Acinetobacter baumannii* XDR, ¿estaría indicado el uso empírico precoz de colistina intravenosa (IV)?

Si está indicado, se sugiere el tratamiento empírico de colistina en pacientes con infecciones graves y con alta probabilidad de *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos y *Acinetobacter baumannii* XDR, durante brotes o en pacientes previamente colonizados con estos patógenos.

¿Qué tratamiento plantea para las bacteriemias por *Acinetobacter baumannii* resistente a colistina (PDR)?

Las siguientes consideraciones son importantes para el tratamiento de infecciones por *Acinetobacter baumannii* resistente a colistina:

- Esta condición ocurre casi exclusivamente en pacientes quienes previamente recibieron colistina para infecciones por *Acinetobacter baumannii* resistente a carbapenémicos y sensible a colistina.

- El tratamiento combinado es aditivo o sinérgico, considerándose una estrategia dirigida que se está utilizando con diferentes resultados.
- La combinación de colistina, doripenem y ampicilina-sulbactam se asocia con tasas de mortalidad más bajas cuando se compara con otros esquemas.
- Polimixina B o polimixina B y minociclina pueden ser una alternativa adecuada.
- *In vitro*, la combinación de colistina-rifampicina y colistina-vancomicina muestran el mayor efecto sinérgico. A pesar de este efecto, la mortalidad no es diferente cuando se compara el uso o no de vancomicina con colistina.

En su experiencia, ¿cuáles son las principales medidas para implementar dentro de un plan de estrategia de control de brotes y epidemia de infecciones por el grupo de *Acinetobacter baumannii*?

Las medidas de control de infecciones y la monitorización de la adhesión a éstas son muy importantes en las estrategias de control. Además, se deben utilizar diferentes intervenciones dirigidas al tipo de control de estas infecciones.

Las medidas de control de infecciones incluyen: higiene de manos, ubicación de los pacientes, precauciones de barrera, prácticas de asepsia, uso apropiado de antimicrobianos, esterilización y desinfección, higiene ambiental y manejo de residuos.

Intervenciones de control de brotes:

Vigilancia de cultivos de pacientes. Vigilancia activa de cultivos: por lo menos una vez a la semana, todos los pacientes deben de ser investigados.

Políticas de restricción de antibióticos: intervenciones adicionales para disminuir la resistencia de *Acinetobacter baumannii*.

Intervenciones de control en epidemia:

Vigilancia activa de cultivos en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos. Las precauciones de contacto se mantienen desde el ingreso hasta la confirmación del resultado negativo.

Intervenciones de control en brotes y epidemia:

Cultivos ambientales. Intervenciones dirigidas al ambiente: monitorización de los procedimientos de limpieza.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siic.salud.com

La entrevistada no manifiesta conflictos de interés.

Bibliografía recomendada

- Al Jarousha AMK, El Jadba AHN, Al Afifi AS, El Qouqa IA. Nosocomial multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* in the neonatal intensive care unit in Gaza City, Palestine. *Int J Infect Dis* 13:623-628, 2009.
- Batirel AI, Balkan II, Karabay O, Agalar C, Akalin S, Alici O et al. Comparison of colistin-carbapenem, colistin-sulbactam, and colistin plus other antibacterial agents for the treatment of extremely drug-resistant *Acinetobacter baumannii* bloodstream infections. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 33:1311-1322, 2014.
- Chen Z, Chen Y, Fang Y, Wang X, Chen Y, Qi O, et al. Meta-analysis of colistin for the treatment of *Acinetobacter baumannii* infection. *Sci Rep* 5:17091, 2015.
- Chopra T, Marchaim D, Johnson PC, Awali RA, Doshi H, Chhalana I, et al. Risk Factors and Outcomes for Patients with Bloodstream Infection Due to *Acinetobacter baumannii-calcoaceticus* Complex. *Antimicrob Agents Chemother* 58:4630-4635, 2014.
- Chuang YC, Sheng WH, Li SY, Lin YC, Wang JT, Chen YC, et al. Influence of Genospecies of *Acinetobacter baumannii* Complex on Clinical Outcomes of Patients with *Acinetobacter* Bacteremia. *CID* 52:352-360, 2011.
- Cisneros JM, Reyes MJ, Pachón J, Becerril B, Caballero FJ, García GJ, et al. Bacteremia due to *Acinetobacter baumannii*: epidemiology, clinical findings, and prognostic features. *Clin Infect Dis* 22:1026-1032, 1996.
- Dortet L, Poirel L, Errera C, Nordmanna P. CarbAcineto NP Test for Rapid Detection of Carbapenemase-Producing *Acinetobacter* spp. *J Clin Microbiol* 52:2359-2364, 2014.
- Fitzpatrick MA, Ozer E, Bolon MK, Hauser AR. Influence of ACB complex genospecies on clinical outcomes in a U.S. hospital with high rates of multidrug resistance. *J Infect* 70:144-152, 2015.
- García GJ, Ortiz LC, Garnacho MJ, Jiménez JF, Pérez PC, Barrero AA, et al. Risk factors for *Acinetobacter baumannii* nosocomial bacteremia in critically ill patients: a cohort study. *Clin Infect Dis* 33:939-946, 2001.
- Garnacho-Montero J, Dimopoulos G, Poulakou G, Akova M, Cisneros JM, Waele JD, et al. Task force on management and prevention of *Acinetobacter baumannii* infections? in the ICU. *Intensive Care Med* 41:2057-2075, 2015.
- Jen FH, Shih MC, Reyin L, Cheng HC, Ming CC, Ren HF, et al. Case-control analysis of endemic *Acinetobacter baumannii* bacteremia in the neonatal intensive care unit. *Am J Infect Control* 42:4223-4227, 2014.
- Kyung HP, Jong HS, Seung YL, Soo HK, Mi OJ, Seung JK, et al. The Clinical Characteristics, Carbapenem Resistance, and Outcome of *Acinetobacter* Bacteremia According to Genospecies. *PLOS ONE* 8:e65026, 2013.
- Leite GC, Oliveira MS, Perdigão-Neto LV, Rocha CKD, Guimarães T, Rizek C, et al. Antimicrobial Combinations against Pan-Resistant *Acinetobacter baumannii* Isolates with Different Resistance Mechanisms. *PLOS One* 11:e0151270, 2016.
- Punpanich W, Nithitamsakun N, Treeratweeraphong V, Suntrattiwong P. Risk factors for carbapenem non-susceptibility and mortality in *Acinetobacter baumannii* bacteremia in children. *Int J Infect Dis* 16:811-815, 2012.
- Qureshi ZA, Hittle LE, O'Hara JA, Rivera JI, Syed A, Shields RK, et al. Colistin-Resistant *Acinetobacter baumannii*: Beyond Carbapenem Resistance. *CID* 60:1295-1303, 2015.
- Seung KL, Sang OL, Seong HC, Jae PC, Sung HK, Jin YJ, et al. The Outcomes of Using Colistin for Treating Multidrug Resistant *Acinetobacter* Species Bloodstream Infections. *J Korean Med Sci* 26:325-331, 2011.
- Shih TH, Mei CCh, Shu CK, Yi TL, Tong HC, Su PY, et al. Risk factors and clinical outcomes of patients with carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* bacteremia. *J Microbiol Immunol Infect* 45:356-362, 2012.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf
- Song YK, Ji YJ, Young AK, Joo EL, Eun YK, Sang KL, et al. Risk Factors for Occurrence and 30-Day Mortality for Carbapenem-Resistant *Acinetobacter baumannii* Bacteremia in an Intensive Care Unit. *J Korean Med Sci* 27:939-947, 2012.
- Viehman JA, Minh HN, Doi Y. Treatment Options for Carbapenem-Resistant and Extensively Drug-Resistant *Acinetobacter baumannii* Infections. *Drugs* 74:1315-1333, 2014.
- Villegas MV, Hartstein AI. *Acinetobacter* outbreaks, 1977-2000. *Infect Control Hosp Epidemiol* 24:284-295, 2003.
- Villers D, Espaze E, Coste BM, Giauffret F, Ninin E, Nicolas F, et al. Nosocomial *Acinetobacter baumannii* infections. Microbiological and clinical epidemiology. *Ann Intern Med* 129:182-189, 1998.
- Wisplinghoff H, Perbix W, Seifert H. Risk factors for nosocomial bloodstream infections due to *Acinetobacter baumannii*: a case-control study of adult burn patients. *Clin Infect Dis* 28(1):59-66, 1999.
- Yi TL, Shu CK, Su PY, Yi TL, Fan CT, Te LC, et al. Impact of Appropriate Antimicrobial Therapy on Mortality Associated With *Acinetobacter baumannii* Bacteremia: Relation to Severity? of Infection. *CID* 55:209-215, 2012.
- Zhang Y, Chen F, Sun E, Ma

Información relevante***Acinetobacter baumannii* como causa de bacteriemia****Respecto a la entrevistada**

Guadalupe Aguirre-Ávalos. Médica coordinadora del Programa de Residencia en Medicina del Enfermo en Estado Crítico del Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Civil Fay A. Alcalde, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México

**Respecto a los entrevistadores**

María Teresa Rosanova. Jefa Clínica Médica, Servicio de Control Epidemiológico e Infectología, Hospital Juan P. Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina



Juan Grignola Rial. Médico, Departamento de Fisiopatología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

**Respecto a la entrevista**

Ante la identificación de *Acinetobacter baumannii* como causa de bacteriemia es necesario considerar los diferentes factores que influyen en la elección del tratamiento antimicrobiano, como la resistencia microbiana presente en determinada área geográfica. Además, es fundamental la implementación y adhesión a las medidas de control de infecciones.

La entrevistada pregunta

Acinetobacter baumannii puede afectar a los pacientes críticamente enfermos.

En la actualidad, ¿con qué tipo de infección se lo relaciona con mayor frecuencia?

- A** Con la celulitis.
- B** Con infección urinaria.
- C** Con neumonía.
- D** Con meningoencefalitis.
- E** Con bacteriemia.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/120978

Lista de abreviaturas y siglas

ACB complex, *Acinetobacter baumannii* complex; MDR, *multidrug-resistant*; XRD, *extensively drug-resistant*; PDR, *pandrug-resistant*; MIC, concentración mínima inhibitoria; PCR, reacción en cadena de la polimerasa; IV, intravenosa

Palabras clave

Acinetobacter baumannii, infecciones hospitalarias, aislamiento microbiológico, pruebas de hemocultivo, medidas de aislamiento por contacto

Key words

Acinetobacter baumannii, *hospital infections*, *microbiological isolation*, *blood culture tests*, *contact isolation measures*

Cómo citar

Aguirre-Ávalos G. *Acinetobacter baumannii* como causa de bacteriemia. *Salud i Ciencia* 22(2):160-4, Ago 2016.

How to cite

Aguirre-Ávalos G. *Acinetobacter baumannii* as the cause of bacteremia. *Salud i Ciencia* 22(2):160-4, Ago 2016.

Orientación

Clínica, Diagnóstico

Conexiones temáticas

Cuidados intensivos, Epidemiología, Infectología, Medicina Interna

La sección incluye estudios relacionados a pedido de SIIC por los mismos autores cuyos correspondientes artículos se citan. Estos trabajos fueron recientemente editados en las revistas biomédicas clasificadas por SIIC Data Bases. Autores prestigiosos que habitualmente escriben en idiomas no hablados en Iberoamérica relatan sus estudios en inglés y SIIC los traduce al castellano.

Los documentos publicados en revistas de lengua inglesa alcanzan una limitada distribución entre los profesionales de América Latina, España y Portugal. Así es como la sección Crónicas de autores selecciona textos de importancia tendiendo un puente de comunicación entre autores y lectores de variados orígenes.

En siicsalud, la sección Crónicas de autores, publica más información relacionada con los artículos: referencias bibliográficas completas, citas bibliográficas recientes de trabajos en que intervinieron los autores, domicilios de correspondencia, teléfonos, correos electrónicos, direcciones web de las revistas en que editaron los artículos de las crónicas, sus citas en Medline y SIIC Data Bases, palabras clave y otros datos.

Ingesta y riesgo nutricional en adolescentes con trastornos del comportamiento alimentario

Estefanía Aparicio

Universitat Rovira I Virgili, Reus, España



Aparicio describe para SIIC su artículo editado en *Public Health Nutrition* 18(8):1461-1473, Jun 2015.

La colección en papel de *Public Health Nutrition* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 1996.

Indizada en Science Citation Index Expanded, Current Contents/Clinical Medicine, CAB Abstracts, Index Medicus/MEDLINE, EMBASE/Excerpta Medica, Biosciences Information Service of Biological Abstracts (BIOSIS), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL) y *SIIC Data Bases*.



www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselect.htm

Reus, España (especial para SIIC)

Entre los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), la presencia de síntomas de TCA y los TCA no especificados (TCANE) son las formas más frecuentes en la población adolescente; pueden afectar de un 3% a un 13.5% de los jóvenes. A pesar de que el eje central de estos trastornos gira alrededor de la alimentación, pocos estudios han analizado la ingesta de forma cuantitativa y determinado el riesgo nutricional de las adolescentes con síntomas de TCA. Por ello, nuestro estudio tiene como objetivo valorar la asociación entre el grado de gravedad del TCA y la ingesta de energía y nutrientes y el riesgo nutricional en población mediterránea de escolares de ambos sexos. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo transversal en doble fase en el que participaron 495 adolescentes de 14 años de media, de los cuales 375 fueron mujeres y 120, hombres. En la primera fase se realizó un cribado mediante el *Eating Attitudes Test* (EAT), para la detección de sujetos con síntomas de TCA. En la segunda fase se administró una entrevista estructurada basada en los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de TCANE. La ingesta alimentaria se cuantificó mediante el método del recordatorio de 24 horas durante tres días no consecutivos, y se determinó la probabilidad de ingesta inadecuada. Además, se recogieron datos socioeconómicos, antropométricos, estado puberal, actividad física y síntomas emocionales.

Nuestros resultados muestran que las mujeres adolescentes con TCA presentaron un detrimento substancial y gradual de la ingesta energética y de nutrientes. Las adolescentes con síntomas y TCANE consumían unas 381.8 kcal/día de 753.6 kcal/día menos, respectivamente, en comparación con las adolescentes sin síntomas. Asimismo, la ingesta de macronutrientes, vitaminas y minerales (como calcio, hierro, magnesio, potasio, fósforo, sodio, tiamina, vitaminas E, C, B5, B6, B12 y folatos) también era menor en las que presentan síntomas, y se agravaba en las adolescentes con TCANE. Esta disminución de la ingesta alimentaria puede conllevar a un riesgo nutricional, ya que se observó que más del 60% y del 80% de las adolescentes que presentaron síntomas y TCANE mostraron una ingesta inadecuada de calcio, hierro, magnesio, fósforo y vitaminas A, D y B6.

Según la literatura previa, estudios epidemiológicos realizados en poblaciones adolescentes, procedentes de Brasil, Taiwán y Australia, observaron resultados similares en las adolescentes con síntomas de TCA, mostrando una menor ingesta energética, así como de macronutrientes, vitaminas (como vitaminas B6, B12, A, E y C) y minerales (como sodio y cinc). Sin embargo, ninguno de los anteriores estudios evaluó los estadios más graves de TCA, como el diagnóstico clínico de TCANE. Así, nuestros resultados añaden que el riesgo nutricional aparece de forma temprana y se agrava con la evolución del trastorno.

Por otro lado, entre las características de las adolescentes con TCA, en nuestro estudio observamos que la media del índice de masa corporal alcanza la categoría de sobrepeso. Por lo tanto, si bien la restricción energética observada podría ser recomendable en las adolescentes con TCANE que presentan sobrepeso, cuando la restricción alimentaria es autoimpuesta sin supervisión de un profesional de la salud puede conllevar a que un elevado porcentaje de mujeres se sitúen en riesgo de déficit de ingesta de energía y nutrientes. Nuestros hallazgos tienen importantes repercusiones en el ámbito de la salud pública, ya que las adolescentes con síntomas y TCANE suelen pasar clínicamente inadvertidas y podrían presentar un importante riesgo de déficit nutricional cuando se detecta el

trastorno. Los déficit de ciertas vitaminas y minerales podrían interferir en el adecuado crecimiento y desarrollo de los adolescentes. Por lo tanto, urge la necesidad de realizar programas de prevención y detección temprana de los adolescentes con TCA para evitar una progresión a síndromes totalmente establecidos y prevenir el déficit nutricional.

Además, se debería tener en cuenta que el incremento de la obesidad entre la población infantil y juvenil puede implicar la unificación de los mensajes de salud y estereotipos sociales, repercutiendo sobre la autoestima y la satisfacción corporal. Este hecho podría conllevar actitudes y conductas de riesgo en el estilo

de vida, como la restricción alimentaria autoimpuesta sin supervisión médica, que podría incrementar el riesgo de inicio y mantenimiento de los TCA.

En conclusión, los adolescentes presentan una disminución progresiva de la ingesta de energía y nutrientes conforme aumenta la gravedad de los TCA, conllevando riesgo de déficit energético, vitamínico y de minerales. Estos riesgos nutricionales podrían comprometer el adecuado desarrollo físico y psicológico y favorecer el curso crónico de los TCA. Se considera necesario implementar estrategias de educación nutricional con el fin de prevenir tanto deficiencias nutricionales como TCA.

Mutações do BCR-ABL na (Mutaciones del BCR-ABL en la) leucemia mielóide crônica

Katia Borgia Barbosa Pagnano
Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil



Borgia Barbosa Pagnano describe para SIIC su artículo editado en *Cancer Investigation* 33:451-458, 2016.

La colección en papel de *Cancer Investigation* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2010.

Indizada en Biosciences Information Service of Biological Abstracts (BIOSIS), Chemical Abstracts, Current Contents/Clinical Medicine, Current Contents/Life Sciences, EMBASE/Excerpta Medica, Index Medicus/MEDLINE, Pascal et Francis (INST-CNRS), Reference Update, Research Alert, Science Citation Index Expanded y SIIC Data Bases.

 www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

Campinas, Brasil (especial para SIIC)

A presença de mutações no BCR-ABL é o mecanismo mais frequente de resistência ao (*La presencia de mutaciones en el BCR-ABL es el mecanismo más frecuente de resistencia al*) imatinibe em pacientes com leucemia mielóide crônica (LMC), sendo responsável por recaídas ou progressão de doença em mais (*y es responsable por las recaídas o progresión de la enfermedad en más*) de 50% dos pacientes. As mutações podem alterar a ligação do (*Las mutaciones pueden alterar el enlace del*) BCR-ABL com o imatinibe ou alterar a conformação da proteína, reduzindo a sensibilidade ao (*o alterar la conformación de la proteína, lo que reduce la sensibilidad al*) imatinibe.

Embora várias publicações já tenham mostrado a relevância dessas mutações, há poucos dados na (*Aunque varias publicaciones ya habían demostrado la relevancia de estas mutaciones, existen pocos datos respecto de la*) frequência e importância clínica das mutações do BCR-ABL na América Latina.

Esse estudo é uma análise (*Este estudio es un análisis*) retrospectiva de 19 centros de referência no tratamento da LMC da América Latina que fazem (*para el tratamiento de la LMC en Latinoamérica que son*) parte da LALNET (*Latin American Leukemia Net*). Fo-

ram avaliados (*Se evaluaron*) 466 pacientes com LMC resistente ao imatinibe, cujas amostras foram coletadas (*cuyas muestras fueron obtenidas*) entre 2002 e 2011.

As mutações do BCR-ABL foram pesquisada através do método de sequenciamento direto. Sobrevida global e livre de progressão foram calculadas a partir da data da pesquisa da mutação até última avaliação ou morte (*de la fecha de la investigación de la mutación hasta la última evaluación o la muerte*), através do método de Kaplan-Meier e foi utilizado o teste (*y se utilizó la prueba*) de log-rank para comparar as curvas de sobrevida. Interferon alfa foi utilizado antes do imatinibe em 43% dos pacientes.

O tempo mediano (*El tiempo promedio*) de uso do imatinibe foi de 34 meses (1-132). A maioria dos pacientes foi tratada (*La mayoría de los pacientes fueron tratados*) inicialmente com imatinibe 400 mg (76%). O imatinibe foi descontinuado em 84% dos pacientes devido a: resistência (91.9%), transplante de medula óssea (2.3%), morte (1.3%), falta de adesão (*falta de adhesión*) (1%) e causa não relatada (*y causa no informada*) (3.5%). Cento e um pacientes foram a óbito (*Ciento y un pacientes murieron*) durante o estudo, 50.5% tinham mutações e 62.4% estavam em fase avançada da doença. As causas de morte foram (*en una etapa avanzada de la enfermedad. Las causas de muerte fueron*): progressão (70%), infecção (9.9%), doença do enxerto contra o hospedeiro (*enfermedad de injerto contra huésped*) (4%), eventos cardíacos (2%), hemorragia (1%), mortes não relacionadas a LMC (2%) e 10% não avaliáveis (*no evaluables*).

Amostras para análise de mutação foram coletadas durante o uso (*Las muestras para análisis de mutación se recogieron durante el uso*) de imatinibe em 366 pacientes (78.6%), dasatinibe em 63 (13.5%) e nilotinibe em 37 pacientes (7.9%). Mutações foram detectadas em 195/466 (41.8%) pacientes, 134 (69%) em fase crônica e 61 (31%) em fases avançadas. Mutações foram encontradas na região da alça

(Se encontraron mutaciones en la región del asa) de fosfato (alça P) (aminoácidos 248-255) em 30% dos pacientes, na região do (*en la región del*) sitio de contato (315-317) em 19% dos pacientes, no domínio catalítico (350-363) em 21.8% dos pacientes, alça de ativação (alça A) (381-402) em 5.2% pacientes e em outros sítios em 24% dos casos.

A mutação mais frequente foi a T315I (n = 31%) seguida da F359V (10%) e M244V (10%). Mais de uma mutação foram identificadas em 11 pacientes: 6 simultaneamente (E255K/F359I, E255K/F359V, G250E/F359C, G250E/Y253H, M351T/T315I, e G250E/M351T) e 5 sequencialmente durante a terapia com inibidores de segunda geração (G250E/T315I/L248V, L298V/E255K, V268M/E355G, V299L/L387M, e Y253H/T315I).

As mutações da alça P não conferiram pior prognóstico na (*Las mutaciones del bucle P no confirieron un peor pronóstico en la*) população analisada, tendo como provável causa o uso (*y tiene como causa probable el uso*) de inibidores de segunda geração em 62% dos casos após a (*de los casos luego de la*) resistência.

Outro dado interessante foi que houve benefício no escalonamento de dose numa coorte (*Otro hallazgo interesante fue que hubo beneficio en un aumento de la dosis en una cohorte*) de pacientes que tinham mutações com nível baixo e intermediário (*con niveles bajo e intermedio*) de resistência.

A sobrevida livre de progressão e global em 5 anos foram inferiores nos pacientes com mutações (43% vs. 65%; p = 0.07; e 47% vs. 72%; p = 0.03, respectivamente) e naqueles com a (*y en aquellos con la*) mutação T315I (p = 0.003 e p = 0.03).

A SG e SLP também foram superiores nos pacientes com mutações que foram tratados com inibidores de segunda geração (*segunda generación*) (nilotinibe ou dasatinibe) em comparação a outros tratamentos (50% vs. 39% e 49% vs. 30%) (p = 0.01 e p = 0.02), respectivamente.

Na análise multivariada, os fatores (*En el análisis multivariado, los factores*) relacionados com pior prognóstico para a sobrevida livre de progressão foram: fase avançada ao (*etapa avanzada al*) diagnóstico, (HR = 1.98; 95% CI: 1.27-3.10; p = 0.003) e a presença de mutações (*y la presencia de mutaciones*) (HR = 1.55; 95% CI: 1.03-2.33; p = 0.03).

Em resumo, o estudo mostrou que as (*En resumen, el estudio mostró que*) mutações do BCR-ABL conferem um pior prognóstico em pacientes com LMC que falharam na terapia com (*fracasaron en la terapia con*) imatinibe, em particular naqueles com mutação T315I. O tratamento com ITKs de segunda geração prolongou a sobrevida dos (*prolongó la supervivencia de los*) pacientes resistentes. O grande número de casos avaliados é o maior da (*El gran número de casos evaluados es el más grande de*) América Latina e reafirma o valor da colaboração (*el valor de la colaboración*) entre países da região.

Otros artículos publicados por la autora:

Lima AS, De Mello MR, Fernandes E, Bezerra MF, Oliveira MM, Duarte BK, De Assis RA, Souto FR, Ramos CF, Machado CG, Pagnano K, et al. Clinical outcomes of patients with acute myeloid leukemia: evaluation of genetic and molecular findings in a real-life setting. *Blood* 126(15):1863-5, 2015.

Pagnano KB, Bendit I, Boquimpani C, et al. Latin American Leukemia Net (LALNET). BCR-ABL mutations in chronic myeloid leukemia treated with tyrosine kinase inhibitors and impact on survival. *Cancer Invest* 33(9):451-8, 2015.

Sanz MA, Montesinos P, Kim HT, Ruiz-Argüelles GJ, Undurraga MS, Uriarte MR, Martínez L, Jacomo RH, Gutiérrez-Aguirre H, Melo RA, Bittencourt R, Pasquini R, Pagnano K, Fagundes EM et al. IC-APL and PETHEMA and HOVON Groups. All-trans retinoic acid with daunorubicin or idarubicin for risk-adapted treatment of acute promyelocytic leukaemia: a matched-pair analysis of the PETHEMA LPA-2005 and IC-APL studies. *Ann Hematol* 94(8):1347-56, 2015.

Ribeiro BF, Vergílio BR, Miranda EC, Almeida MH, Delamain MT, Da Silveira RA, De Souza CA, Albuquerque DM, Dos Santos A, Duarte VO, Oliveira-Duarte GB, Lorand-Metze I, Pagnano KB. BCR-ABL1 transcript levels at 3 and 6 months are better for identifying chronic myeloid leukemia patients with poor outcome in response to second-line second-generation tyrosine kinase inhibitors after imatinib failure: A report from a single institution. *Acta Haematologica* 134:248-254, 2015.

Lucena-Araujo AR, Kim HT, Jacomo RH, Melo RA, Bittencourt R, Pasquini R, Pagnano K, et al. Prognostic impact of KMT2E transcript levels on outcome of patients with acute promyelocytic leukaemia treated with all-trans retinoic acid and anthracycline-based chemotherapy: an International Consortium on Acute

Promyelocytic Leukaemia study. *British Journal of Haematology* (print) 166:540-549, 2014.

Lucena-Araujo AR, Kim HT, Jacomo RH, Melo RA, Bittencourt R, Pasquini R, Pagnano K, Fagundes EM et al. Internal tandem duplication of the FLT3 gene confers poor overall survival in patients with acute promyelocytic leukemia treated with all-trans retinoic acid and anthracycline-based chemotherapy: an International Consortium on Acute Promyelocytic Leukemia study. *Ann Hematol* 93(12):2001-10, 2014.

Silveira RA, Fachel AA, Moreira YB, De Souza CA, Costa FF, Verjovski-Almeida S, Pagnano KBB. Protein-coding genes and long noncoding RNAs are differentially expressed in dasatinib-treated chronic myeloid leukemia patients with resistance to imatinib. *Hematology (Luxembourg)*. Print 19:31-41, 2014.

De Almeida MH, Pagnano KBB, Vigorito AC, Lorand-Metze I, De Souza Carmino A. Adherence to tyrosine kinase inhibitor therapy for chronic myeloid leukemia: A Brazilian single-center cohort. *Acta Haematologica* 130:16-22, 2013.

Rego EM, Kim HT, Ruiz-Argüelles GJ, Undurraga MS, Uriarte Mdel R, Jacomo RH, Gutiérrez-Aguirre H, Melo RA, Bittencourt R, Pasquini R, Pagnano K, et al. Improving acute promyelocytic leukemia (APL) outcome in developing countries through networking, results of the International Consortium on APL. *Blood* (Philadelphia, online) 1:1-41, 2013.

White HE, Hedges J, Bendit I, Branford S, Colomer D, Hochhaus A, Hughes T, Kamel-Reid S, Kim DW, Modur V, Müller MC, Pagnano KB, Pane F, Radich J, Cross NC, Labourier E. Establishment and validation of analytical reference panels for the standardization of quantitative BCR-ABL1 measurements on the international scale. *Clin Chem* 59(6):938-48, 2013.

Estudio comparativo de la respuesta antipsicótica en pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia

Alexandre González Rodríguez

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España



González Rodríguez describe para SIIC su artículo editado en *Actas Españolas de Psiquiatría* 44(4):125-135, Jul 2016. La colección en papel de *Actas Españolas de Psiquiatría* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 1998. Indizada en Current Contents, EMBASE, MEDLINE, PsycLIT, Science Citation Index, Academic Search, IME (Índice Médico Español) y *SIIC Data Bases*.



www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

Barcelona, España (*especial para SIIC*)

El trastorno delirante es un trastorno mental grave considerado como un trastorno difícil de tratar y, en ocasiones, resistente al tratamiento. Los fármacos antipsicóticos son el tratamiento de elección para estos pacientes, sin embargo, la respuesta farmacológica ha sido estudiada de forma inadecuada y existen pocos estudios que lo comparen con la respuesta en pacientes con esquizofrenia, a pesar de la cercanía entre ambos trastornos.

El estudio que se llevó a cabo comparó la respuesta a los fármacos antipsicóticos entre dos grupos de pacientes. Por una parte, se estudiaron pacientes con trastorno delirante, y por otra, individuos con esquizofrenia, a quienes se les realizó seguimiento durante 12 semanas. El objetivo fue comparar las tasas de respuesta entre ambos trastornos, e identificar qué sintomatología o grupos de síntomas fueron más susceptibles de mejorar con el tratamiento, tanto en pacientes con trastorno delirante como en aquellos con esquizofrenia.

Para minimizar el efecto de otras variables sobre la mejoría clínica, ambos grupos de pacientes presentaron edades similares, eran comparables en cuanto al sexo y los años de evolución de la enfermedad, puesto que la evidencia científica apunta a que dichas variables pueden modificar la respuesta al tratamiento. Se administraron a los dos grupos escalas clínicas de evaluación que miden síntomas psicóticos, el desempeño global de los pacientes, la impresión clínica global y la ideación/conducta suicida; en el momento del inicio, así como al final del estudio (a las 12 semanas). Dado que los pacientes con trastorno delirante han sido considerados poco adherentes a la medicación, se midieron los niveles de antipsicóticos en sangre para identificar aquellos que no tomaban la medicación, aquellos que la tomaban y aquellos que la tomaron de forma inadecuada. Este dato nos permite interpretar de forma más fiable y precisa la respuesta al tratamiento.

Para realizar las comparaciones entre dichas variables clínicas y en las escalas de medida de síntomas, se utilizaron métodos estadísticos complejos de acuerdo con la naturaleza de las variables y los objetivos del estudio. Los resultados del estudio mostraron que los pacientes con trastorno delirante y esquizofrenia presentaron tasas de respuesta a los fármacos antipsicóticos similares, y ambos grupos no se diferenciaron en las dosis que requirieron. Es decir que el porcentaje de pacientes que respondieron al tratamiento fue similar entre ambos grupos, y las dosis que se necesitaron para alcanzar dicha mejoría fueron también similares en el trastorno delirante y la esquizofrenia. Estos resultados contrastan con estudios previos y revisiones que enfatizan que el trastorno delirante responde en pocas ocasiones al tratamiento antipsicótico, y por lo tanto, al hecho de que dicho trastorno deba ser considerado resistente al tratamiento.

En el grupo total de pacientes, trastorno delirante y esquizofrenia, la mejoría en fenómenos tales como la ideación delirante y la hostilidad explicó en gran parte la mejoría global de estos pacientes debida al tratamiento farmacológico. En otras palabras, la mejoría en la ideación delirante contribuyó con un gran peso a la mejoría global de los síntomas en ambos grupos. Por lo que respecta al grupo de pacientes con trastorno delirante, la mejoría en síntomas de la esfera cognitiva, tales como la desorientación, atención deficiente y quejas de memoria, contribuyó de forma significativa a la mejoría global de estos pacientes, dando cuenta que se trataría de un grupo de síntomas a tener especialmente en cuenta en el tratamiento de estos pacientes.

En resumen, el presente estudio concluyó que no existieron diferencias en las tasas de respuesta antipsicótica entre el trastorno delirante y la esquizofrenia, a pesar de que el primer grupo ha sido extensamente considerado por los autores clásicos como un trastorno resistente al tratamiento antipsicótico. Además, los pacientes con trastorno delirante requirieron dosis de antipsicóticos similares a los individuos con esquizofrenia, dato que también contrasta con algunos autores que apoyan la hipótesis de que los sujetos con trastorno delirante requieren dosis más elevadas. Los grupos de síntomas a los que responden ambos grupos podrían diferir según el diagnóstico, los pacientes con trastorno delirante son aquellos que presentarían una mejoría más acusada en síntomas cognitivos en cuanto a la mejoría global.

Cognitive dysfunction in non-demented idiopathic parkinsonism

Disfunción cognitiva en pacientes con parkinsonismo idiopático sin demencia

Jayanti Basu

Calcutta University, Kolkata, India



Basu describe su artículo editado en *Industrial Psychiatry Journal* 21(1):32-38, Ene 2012.

La colección en papel de *Industrial Psychiatry Journal* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2011.

Indizada en **SIIC Data Bases**.

+ www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselectthm.php

Calcuta, India (especial para SIIC)

Idiopathic Parkinson's disease (IPD) is a progressive neurological disorder characterized clinically by tremor, rigidity, bradykinesia, and abnormal postural reflexes. It is attributed to the pathology of a nerve cell loss in the *substantia nigra* and presence of intraneuronal inclusion bodies called Lewy bodies. Clinically significant deficits in specific cognitive domains are common in IPD, which has been attributed to the impairment in fronto-basal ganglia circuitry.

Earlier studies indicate that cognitive dysfunction in IPD is influenced by age and stage of disease, as with passing time greater deterioration is observed. Some studies indicate that stage of disease is a more important factor than mere age. Higher educational level has been found to contribute to less cognitive deterioration, especially dementia.

Studies on cognitive deterioration in non-demented parkinsonism in India are few in number and available literature is inadequate. However, this knowledge is essential for psychological rehabilitation of Indian patients with parkinsonism. The objective of the present study is to scrutinize the nature of deterioration in cognitive functioning with increasing age, advancing stage of disease and as a function of education to provide guidelines for geriatric care of the IPD patients.

A total of 43 male and 9 female right-handed non-demented patients between 40 and 80 years, diagnosed with IPD, presenting at least 3 cardinal signs of the disorder (bradykinesia, rest tremor and rigidity) participated in the study. Their mean age was 53 years and educational level ranged from literate to post graduation. Among them, 33 were employed and 18 were retired. All of them were being under medical treatment with levodopa and carbidopa combination for at least 12 months. The sample was taken from the Movement Disorder Clinic, Dept. of Neurology at the Bangur Institute of Neuroscience and Psychiatry, Kolkata, India. All had been suffering for more than one year, and none had parkinsonism plus syndrome or drug induced Parkinson's disease. Those who were clinically depressed or had reported severe disability in everyday activities were also excluded. The stage of disease was determined by the

La enfermedad de Parkinson idiopática (EPI) es un trastorno neurológico progresivo caracterizado, desde el punto de vista clínico, por temblor, rigidez, bradicinesia y reflejos posturales anormales. Su presencia se atribuye a la pérdida de células nerviosas en la *substantia nigra* y a la existencia de cuerpos de inclusión intraneuronales denominados cuerpos de Lewy. Los déficit clínicamente significativos en dominios cognitivos específicos son frecuentes en pacientes con EPI y se atribuyen a la alteración del circuito ubicado a nivel frontal y de los ganglios basales.

En estudios anteriores se indicó que la disfunción cognitiva en pacientes con EPI se encuentra influida por la edad y el estadio de la enfermedad, de manera tal que a medida que transcurre el tiempo se observa un nivel mayor de deterioro. Algunos estudios indican que el estadio de la enfermedad es un factor más importante que la edad. El nivel educativo superior contribuyó a la disminución del deterioro cognitivo, especialmente en caso de demencia.

Las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en presencia de parkinsonismo sin demencia realizados en India son escasos, en tanto que la literatura disponible es inadecuada. Es esencial contar con conocimientos al respecto para crear programas de rehabilitación para los pacientes con parkinsonismo residentes en India.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la naturaleza del deterioro del desempeño cognitivo a medida que aumenta la edad y el estadio de la enfermedad, en función de la educación, con el fin de brindar recomendaciones para la atención de los pacientes con EPI en el ámbito de la geriatría.

Participaron 43 hombres y 9 mujeres diestros y sin demencia, de 40 a 80 años de edad, con diagnóstico de EPI, que presentaban al menos los tres signos cardinales de la enfermedad (bradicinesia, temblor de reposo y rigidez). Su edad promedio fue de 53 años y su nivel educativo varió entre la alfabetización básica y la obtención de títulos de posgrado. De ellos, 33 eran empleados y 18 estaban retirados. Todos habían estado bajo tratamiento combinado con levodopa y carbidopa durante al menos 12 meses. La muestra fue seleccionada en la Clínica de Trastornos del Movimiento, Departamento de Neurología, perteneciente

Hoehn and Yahar (HY) (1967) Staging of Disease criteria, where patients are evaluated on a 7-point scale by the clinicians.

Informed consent has been taken from all the patients and their family members. The patients were diagnosed with IPD without dementia and identified as non-depressed by the attending neurologists according to DSM IV criteria. The participants were administered a Cognitive Information Battery by Das et al. for obtaining demographic and behavioural information relevant to cognitive impairment. They also responded to the Kolkata Cognitive Screening Battery (KCSB) initially used by Ganguly and his colleagues and validated among urban population in Bengali and Hindi speaking population by Das and his colleagues in 2006. The final battery consisted of 10 sub tests among which the following 8 sub-tests have been used in this study such as verbal fluency tests for categories, naming tests, Bengali validated mental status examination, calculation, word list memory task, delayed word list memory task, delayed recognition word task and visuoconstructional ability. The sub scales of depression and activities of daily life were not used in the present study, since the subjects with notable depression and severe impairment of everyday functioning were excluded. The participants also responded to four verbal subtests namely information, comprehension, similarities and arithmetic from the Wechsler Adult Intelligence Scale.

To determine the effects of age, stage and education the sample was divided in sub groups. Three age groups were identified, namely below 50 years, 50-59 years and 60 years and above. Three groups in terms of HY staging were identified, namely early (rated as 1 or 1.5 on HY scale), middle (rated as 2 or 2.5 on HY scale), and advanced (rated as 3 or 4 on HY scale). The sample was further divided in three groups in terms of educational level. These were lower (below class V), middle (class V to class X), and upper (above class X). Statistical analyses were done using descriptive statistics, Z tests and multivariate analyses of variance. Since the number of participants was small, the interaction of age, stage and education was not calculated, but separate analysis of the effects of each of these variables on the cognitive functioning was done.

The results suggested that most of the functions with the exception of 'Information' were significantly poorer among the IPD group in comparison to the normative non-demented scores, indicating substantial impairment in cognitive functions in IPD. Age was a significant factor only for delayed memory. Similar findings have been obtained earlier.

The effects of stage of disease were scrutinized. It was found that stage was significant only between the early and the advanced stages and in case of selected cognitive functions, namely verbal fluency, MMSE, delayed recall memory and fund of information. The impairment of various cognitive areas in advanced IPD patients supports the models describing parkinsonism related changes in dorsolateral prefrontal regions participating in "cognitive" basal ganglia and thalamocortical circuits. Impairment in

al Instituto Bangur de Neurociencia y Psiquiatría, ubicado en Kolkata, India. Todos los pacientes habían tenido el cuadro durante más de un año y ninguno presentaba síndrome de Parkinson más parkinsonismo o enfermedad de Parkinson inducida por drogas. Aquellos con depresión clínica o discapacidad grave para la realización de actividades cotidianas también fueron excluidos. El estadio de la enfermedad fue definido por los criterios de estadificación de Hoehn y Yahar (HY), de 1967, evaluados por los médicos mediante una escala de siete puntos.

El consentimiento informado se obtuvo de todos los pacientes y sus familiares. Los participantes fueron diagnosticados con EPI sin demencia e identificados como no deprimidos por parte de los neurólogos y de acuerdo con los criterios incluidos en el DSM-IV. Todos fueron evaluados mediante la *Cognitive Information Battery*, elaborada por Das y colaboradores en 2006, con el fin de obtener información demográfica y conductual relevante en términos del deterioro cognitivo. También se aplicó la *Kolkata Cognitive Screening Battery* (KCSB) utilizada inicialmente por Ganguly y colegas y validada por Das y su equipo en 2006 en la población urbana que hablaba idioma bengalí o hindi. La batería final de evaluación consistió en diez pruebas, entre las cuales se incluyeron ocho pruebas utilizadas en el presente estudio, como la de fluidez verbal para categorías, denominación, evaluación del estado mental (validada en bengalí), cálculo, memorización de una lista de palabras, memorización diferida de una lista de palabras, reconocimiento diferido de palabras y capacidad visuoconstructiva. Las subescalas de depresión y desempeño cotidiano no fueron utilizadas en el presente estudio ya que los individuos con depresión notoria o alteración grave del desempeño cotidiano fueron excluidos. Los participantes también respondieron cuatro pruebas verbales para evaluar la evocación y comprensión de la información, las similitudes y la capacidad aritmética, incluidas en la *Wechsler Adult Intelligence Scale*.

Para definir los efectos de la edad, el estadio de la enfermedad y la educación, la muestra fue dividida en subgrupos. Se identificaron tres grupos según la edad: menos de 50 años, de 50 a 59 años y de 60 años en adelante. También se identificaron tres grupos en términos de estadificación de HY, denominados temprano (puntaje de 1 o 1.5 en la escala HY), intermedio (puntaje de 2 o 2.5) y avanzado (puntaje de 3 o 4 en la escala HY). Luego, la muestra fue dividida en tres grupos según el nivel educativo bajo (inferior a clase V), intermedio (clase V a X) y superior (mayor de clase X). Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante pruebas descriptivas, pruebas Z y análisis multivariados de la varianza. Dado que la cantidad de participantes fue pequeña, la interacción entre la edad, el estadio de la enfermedad y la educación no fue calculada, en tanto que se realizaron análisis separados para conocer el efecto de cada una de dichas variables sobre el desempeño cognitivo.

Los resultados obtenidos indicaron que la mayoría de las funciones, con excepción de la información, fueron significativamente inferiores en el grupo de pacientes con EPI, en comparación con los puntajes

verbal learning was observed, possibly reflecting deficient use of encoding strategies. Impairment was also more frequent in conditions of delayed recall than in conditions of delayed recognition, where cues guide retrieval.

Results also suggested that the level of education was more significant for overall impairment of the cognitive faculties taken together in comparison to age and stage of disease. Lower educational level was associated with greater impairment. Specifically, it affected visuoconstructional ability and the higher cognitive functions. Some earlier studies also offered similar conclusions.

The findings, though limited by its small sample, strongly suggest that cognitive practice serves to prevent cognitive impairment in the non demented parkinsonism patients. This may be utilized to develop training and cognitive rehabilitation programs for persons afflicted with parkinsonism.

obtenidos en ausencia de demencia, lo cual coincide con un deterioro significativo de las funciones cognitivas en presencia de EPI. La edad fue un factor significativo sólo al evaluar la memoria diferida. Los hallazgos fueron similares a los obtenidos en un estudio anterior.

Los autores también evaluaron los efectos del estadio de la enfermedad. Se halló que el efecto fue significativo solamente entre los estadios temprano y avanzado y al evaluar funciones cognitivas específicas, como la fluidez verbal, la MMSE, la memoria diferida y la consolidación de la información. La alteración de diferentes áreas cognitivas en presencia de EPI avanzada coincidió con los resultados obtenidos ante la aplicación de modelos que indicaron cambios en la región prefrontal dorsolateral implicada en el funcionamiento de los circuitos cognitivos ubicados en los ganglios basales y la región talamocortical, en presencia de parkinsonismo. También se observaron trastornos del aprendizaje verbal, posiblemente vinculados con la utilización deficiente de las estrategias de codificación de la información. La alteración fue más frecuente ante la evaluación del recuerdo diferido, en comparación con el reconocimiento diferido, en el cual existen indicios que guían la evocación.

Los resultados sugieren que el nivel de educación fue más significativo para el deterioro cognitivo en general, en comparación con la edad y el estadio de la enfermedad. El nivel educativo más bajo se asoció con mayor alteración. Concretamente, afectó la capacidad de visuoconstrucción y las funciones cognitivas superiores. Las conclusiones coinciden con lo informado en estudios anteriores.

Los hallazgos, aunque limitados por la muestra reducida de participantes, permiten sugerir que la práctica cognitiva es útil para prevenir el deterioro cognitivo en los pacientes con parkinsonismo sin demencia. Esta información puede ser empleada para crear programas de rehabilitación y entrenamiento cognitivo para las personas que presentan parkinsonismo.

Urinary tract infection *Infecciones del tracto urinario*

Maurício Hachul

Universidade de Santo Amaro (UNISA), San Pablo, Brasil



Hachul describe su artículo editado en *Revista Brasileira de Medicina* 70:106-109, Dic 2013.

La colección en papel de *Revista Brasileira de Medicina* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2010.

Indizada en **SIIC Data Bases**.

+ www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtm.php

San Pablo, Brasil (*especial para SIIC*)
 Nowadays, over 56 000 of medical article publications approach the urinary tract infection issue. Annually, this disease affects 150 million people all around the world, and, in most cases, cystitis does not result in severe complications. Urinary tract in-

En la actualidad, hay publicados más de 56 000 artículos relativos a las infecciones del tracto urinario (ITU). Anualmente, dicha enfermedad afecta a 150 millones de personas a nivel mundial y, en la mayoría de los casos, la cistitis no evoluciona a complicaciones graves. Las ITU son una respuesta infla-

fection is a inflammatory response of the urothelium to bacterial invasion. The virulence factors most relevant to urinary tract infection are adhesions, with promote bacterial attachment by binding to specific receptors on the tissue surface. It is more common on female adults and causes great discomfort when it occurs frequently. Extended treatments with antibiotics or higher dosages are needed in a long-time period. On children on the early years of life, the urinary tract infection requires a complete urological investigation for the diagnosis of congenital anomalies. The primary vesicoureteral reflux follows a considerable amount of the cases and requires image tests for the accurate diagnosis aiming the preservation of the renal function on childhood. Recommendations for the treatment of vesicoureteral reflux aim to preserve renal function and in the first year the continued use of the child's life of oral antibiotics to prevent urinary tract infection occurs with numerous controversies over the total period required. We know the child's age, sex, degree of reflux will be important information to medical decision. Other urological diseases, obstruction of the ureteropelvic junction, the primary megaureter and ureterocele can promote urinary tract infection in children. There is a need for complete research in children with ureteropelvic dilatation and those with ureterohydronephrosis with urethrocytography, ultrasound and nuclear medicine exams. Including renal scintigraphy is a excelente marker of kidney damage in patients who had acute pyelonephritis.

The uropathogenic bacteria *Escherichia coli* is the most frequent etiological agent in the world, similarly to the enterobacteria such as *Proteus*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella* and, on teenagers, the most common is *Staphylococcus saprophyticus*. Nowadays, due to the increase of life expectancy for the elderly and several risk factors, the risks of urinary tract infection increases, usually related to the occurrence of dementia and, in men, the urinary dysfunction, which can also be associated to the occurrence of prostate hyperplasia. Patients with infectious urinary calculi (magnesium ammonium phosphate) will not be cured without eliminating the calculi that represent 10% of cases. The stones produce urease and raise the urine pH (6.5-7.0). Increasing the elimination of the ammonia in the urine. In these cases besides the correct antibiotic treatment of urinary calculi is critical to the healing of the urinary tract infection.

For the lab diagnosis, it's essential to swab urine aseptically and occasionally it's necessary to use sterile urethral catheterism, especially in elder patients, so that we can consider the result of the urine swab reliable.

Severe complications were found in 2% of the cases. In the medical units of emergency treatment, an occurrence that can lead to life threat is the patient, usually adult, with obstructive urinary calculus associated to the urinary tract infection. If there's no quick recovery after the initial use of appropriate antibiotics intravenously, the surgery for clearing with the introduction of urethral catheters of short permanence is urgently necessary for the quick recovery of the infectious clinical condition and the decrease

matoria del urotelio a la invasión bacteriana. El factor de virulencia más relevante es la adherencia, que promueve que las bacterias permanezcan unidas mediante receptores a la superficie tisular. Su aparición es más común en las mujeres adultas y provoca un gran malestar cuando se producen frecuentemente. Las ITU requieren tratamiento antibiótico prolongado o su uso en altas dosis por largo tiempo.

En los niños pequeños, la aparición de una ITU requiere una evaluación urológica completa para descartar anomalías congénitas. El reflujo vesicoureteral primario se encuentra presente en una gran proporción de los casos, y se requieren estudios por imágenes para un diagnóstico atinado con el objetivo de preservar la función renal en la niñez. Las normativas actuales indican realizar tratamiento antibiótico continuo en bebés con reflujo vesicoureteral para prevenir las ITU a lo largo del primer año de vida en forma continua por vía oral con el objetivo de preservar la función renal, pero esto genera múltiples controversias acerca de la duración total del tratamiento. La edad del niño, el sexo, y el grado de reflujo brindan información importante para la decisión médica. Otras enfermedades urológicas como la obstrucción en la unión ureteropelviana, el megauréter primario y el ureterocele pueden contribuir a la aparición de ITU en niños. En los casos de niños con dilatación ureteropelviana o ureterohidronefrosis, se debe realizar una evaluación completa con ureterocistografía, ultrasonido, y exámenes de medicina nuclear. Agregar centellografía renal colabora, ya que es un excelente marcador de daño renal en pacientes que tuvieron pielonefritis aguda.

La bacteria uropatógena *Escherichia coli* es el agente etiológico más común a nivel mundial, además de otras enterobacterias como *Proteus spp*, *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella spp*; entre los adolescentes la bacteria más frecuentemente hallada es *Staphylococcus saprophyticus*. En la actualidad, dado el incremento en la expectativa de vida, así como de los factores de riesgo, se ha incrementado el riesgo de ITU, usualmente relacionado con la aparición de demencia y, en los hombres, la disfunción urinaria puede estar asociada con la aparición de hiperplasia prostática. Los pacientes con cálculos urinarios infecciosos (de fosfato amónico magnésico) que no se resuelven completamente si no se elimina el cálculo, representan 10% de las ITU. Los litos producen ureasa y elevan el pH urinario a valores de 6.5 a 7.0, lo que aumenta la eliminación de amonio urinario. En dichos casos, además de seleccionar el antibiótico apropiado, el tratamiento del cálculo urinario es fundamental para la resolución de la ITU.

Con respecto al diagnóstico de laboratorio, es fundamental tomar una muestra de orina aséptica y ocasionalmente se requiere la realización de un cateterismo uretral estéril, especialmente en ancianos, para poder considerar la muestra como confiable.

Hasta en un 2% de los casos se presentan diversas complicaciones. En las guardias de emergencias, una complicación posible y con riesgo de vida es la obstrucción urinaria por cálculos, principalmente en adultos. Si el cuadro no se resuelve con antibióticos parenterales, probablemente se requiera una inter-

in the chance of septic shock in a patient with urinary tract infection. Approximately 30% of women may have repetition of the urinary tract infection after three episodes in the same year. Common in women after menopause with atrophic vaginitis, pH changes and vaginal fluid containing less IgA immunoglobulins. The normal urination and complete emptying of the bladder are also protective factors in women. In our country women who have the first typical clinical episode of cystitis even without performing the urine culture can be treated and recommended antibiotics may be used in single or three days of treatment. Several publications realized after studies of population and resistance to the antibiotics define regional orientations concerning the choice of antibiotic medicine and the time of treatment. The tendency is for a short period treatment for the urinary tract infection in clinical condition of cystitis and a longer period of time with periodical control with strict urine culture in form of pyelonephritis and clinical conditions associated to severe complications. The treatment strategy for recurrent cystitis is the use of antibiotics low amounts during three months, sometimes topical use of estrogen in postmenopausal women, cranberry and lyophilized drugs for *E. coli* 3 to 9 months. Patients after pyelonephritis with complications must undergo imaging tests like CT scan in search of kidney abscess and more extensive lesions with the ability to assess the need for surgery to try to preserve the kidney or even control the infectious process that can lead to death.

vención quirúrgica urgente con introducción de catéteres uretrales transitorios, con lo cual se reducen las posibilidades de que aparezca una infección urinaria diseminada con *shock* séptico.

Un 30% de las mujeres presentan ITU a repetición (definida como al menos tres episodios en un año). Dicha afección es más frecuente en las mujeres posmenopáusicas con vaginitis atrófica, donde el cambio en el pH y en el fluido vaginal provocan un menor nivel de inmunoglobulinas IgA. La micción normal y el vaciado vesical completo son factores protectores en las mujeres. En nuestro país, las mujeres que presentan un primer episodio típico de cistitis pueden ser tratadas incluso sin realizarse un urocultivo, y los antibióticos recomendados pueden utilizarse en esquemas cortos, de uno a tres días.

Diversas publicaciones realizadas luego de estudios poblacionales y de resistencia a los antibióticos describen diferencias regionales en relación con la elección del antibiótico y el tiempo de tratamiento. La tendencia es utilizar un tratamiento antibiótico breve en casos de cistitis, y de mayor duración y con evaluaciones periódicas con urocultivo en los casos de pielonefritis y en aquellos en los que las condiciones clínicas se asocian con eventuales complicaciones graves. La estrategia de tratamiento para la cistitis recurrente es el uso de bajas dosis de antibióticos por tres meses, y a veces se recomienda el uso de estrógenos tópicos a las mujeres posmenopáusicas, jugo de arándanos, y drogas liofilizadas para *E. coli* durante tres a nueve meses. Los pacientes que presentaron pielonefritis complicadas deben someterse a estudios por imágenes, como la tomografía computarizada, en la búsqueda de abscesos renales y lesiones más extensas, ya que este método brinda información acerca de una eventual necesidad quirúrgica con el fin de preservar el riñón o incluso controlar el proceso infeccioso potencialmente fatal.

Diverse forms of bone disorders in connection with skeletal dysplasia

Diversas formas de alteraciones óseas asociadas con la displasia esquelética

Ali Al Kaissi

Hanusch Hospital and Orthopaedic Hospital of Speising, Viena, Austria



Al Kaissi describe su artículo editado en *African Journal of Paediatric Surgery* 12(1):36-40, Ene 2015.

La colección en papel de *African Journal of Paediatric Surgery* ingresó en la Biblioteca Biomédica SIIC en 2013.

Indizada en **SIIC Data Bases**.



www.siicsalud.com/tit/pp_distinguidas.htm
www.siicsalud.com/lmr/ppselecthtml.php

Viena, Austria (*especial para SIIC*)

Congenital skeletal anomalies/deformities of the spine, hips, limbs, ribs, chest etc. represent a real challenge to physicians, paediatricians and orthopaedic

Las anomalías y deformidades esqueléticas congénitas de la columna, las caderas, las extremidades, las costillas, el pecho y otras, representan un gran desafío para los médicos generales, los pediatras y los

surgeons. The term idiopathic is a dominating term, applied blindly to the vast majority of patients with different forms of skeletal abnormalities/deformities such as developmental dysplasia of the hip (DDH), scoliosis, kyphosis, bow legs, knock knees etc. and other congenital or adult onset abnormalities.

Skeletal dysplasias or osteochondrodysplasias are a clinically and genetically heterogeneous group of disorders of bone and/or cartilage. They are characterized by abnormalities in patterning, linear growth, differentiation, and maintenance of the human skeleton. These disorders can be divided into three main subgroups: osteodysplasias, chondrodysplasias, and dysostoses. The osteodysplasias are generally associated with primary abnormalities in bone leading to alterations in bone density and mineralization, such as osteopenia or osteosclerosis. The chondrodysplasias result from genetic abnormalities affecting cartilage, leading to short stature. The dysostoses have been defined as malformations of individual bones or a group of bones.

However, it is now apparent that the distinctions between these subgroups have become blurred, and mutations in individual genes can produce abnormalities in bone, cartilage, and can preferentially affect certain skeletal element. It is now apparent that there are over 370 distinct skeletal dysplasias, which must be differentiated one from another for specific counseling, prognosis, and treatment.

There is emerging evidence stemmed from our practice, in that deformities such as congenital scoliosis, kyphoscoliosis, spondylolisthesis, joint dislocations, osteopenia, osteoporosis, etc. are dealt with and considered a symptom complex rather than a diagnosis. Previous studies from our group showed that one abnormality is often a key factor that leads to a syndromic complex.

Management of these patients can be improved if an etiological and pathogenetic understanding of the congenital orthopaedic anomaly is present.

A careful clinical and radiographic phenotypic examination of the skeleton are the first steps toward an accurate diagnosis. A detailed history (length at birth, growth curves, etc.) and pedigree analysis, followed by anthropometric measurements with special emphasis on body proportions are important. Serial radiographic evaluations are often necessary as some skeletal abnormalities may become evident at a later age. For an adult patient, availability of a prepubertal skeletal survey, allowing the evaluation of the epiphyses and metaphyses before epiphyseal closure, is essential for the most accurate diagnostic purposes.

The purpose of our clinical documentation is to:

1. Perform a detailed clinical and radiographic characterisation and documentation of patients with skeletal dysplasias and syndromic associations.
2. Establishing the phenotype/genotype correlations and possible confirmation.
3. Publications are mandatory to expand and disseminate our clinical experience.

Several essential elements can be considered as the corner stone in establishing the vast majority of aetiological diagnosis:

cirujanos ortopédicos. La definición "idiopático" es una de las más frecuentes, y se aplica en forma ciega a la gran mayoría de diferentes formas de anomalías y deformidades esqueléticas tales como displasia evolutiva de la cadera, escoliosis, cifosis, piernas arqueadas (*genu varo*), piernas en X (*genu valgo*) y otras anomalías congénitas o de aparición en la edad adulta.

Las displasias esqueléticas u osteocondrodysplasias son un grupo clínica y genéticamente heterogéneo de alteraciones de los huesos, los cartílagos, o ambos. Estas disfunciones se caracterizan por presentar anomalías en el crecimiento, la diferenciación y el mantenimiento del esqueleto humano. Este grupo de afecciones se puede dividir en tres subgrupos principales: osteodysplasias, condrodysplasias y disostosis. Las osteodysplasias se asocian, en general, con anomalías primarias en el hueso, las cuales llevan a alteraciones en la densidad y la mineralización ósea, como osteopenia y osteoesclerosis. Las condrodysplasias surgen por anomalías genéticas que afectan a los cartílagos y provocan una estatura baja. Las disostosis se definen como malformaciones en un hueso en particular o en un grupo de huesos.

Sin embargo, en la actualidad parece que la distinción entre esos tres subgrupos se ha vuelto más confusa, ya que las mutaciones en genes puntuales pueden llevar a anomalías en huesos y cartílagos, y pueden afectar a un grupo de elementos esqueléticos en particular. Al parecer, ahora existen más de 370 tipos diferentes de displasias esqueléticas que deben diferenciarse unas de las otras para poder brindar a los pacientes recomendaciones específicas; estas alteraciones cuentan con pronóstico y tratamiento diferentes.

Existe cada vez más información relacionada con la práctica cotidiana, en la cual las deformidades como la escoliosis congénita, la cifo escoliosis, la espondilolisthesis, las dislocaciones articulares, la osteopenia, la osteoporosis y otras, son tratadas y consideradas como un complejo de síntomas más que como un diagnóstico. En estudios previos de nuestro grupo de trabajo demostramos que una anomalía primaria detectada es habitualmente el factor que lleva a establecer un complejo sindrómico.

El abordaje de estos pacientes puede mejorar si existiera una comprensión de la etiología y la patogenia de la anomalía ortopédica.

Un examen clínico y radiográfico minucioso del esqueleto es el primer paso hacia un diagnóstico específico y correcto. Se requiere una historia clínica detallada (altura al nacer, curva de crecimiento, etcétera) así como un análisis de la ascendencia, seguida por una evaluación antropométrica con énfasis en las proporciones corporales, ya que resultan de suma utilidad. Muchas veces se requieren radiografías seriadas en ciertas anomalías esqueléticas, las cuales pueden hacerse evidentes con el pasar de los años. En un paciente adulto, la disponibilidad de evaluaciones esqueléticas de su época prepúber permitiría la evaluación de las epífisis y metáfisis antes del cierre epifisario, y es fundamental para diagnósticos más puntuales. Los objetivos de nuestra documentación clínica son: realizar una caracterización clínica

1. Clinical and radiographic phenotypic characterizations (this is the baseline tool of diagnosis and management).
2. Image analysis using standard radiographs, CT scans and MRI.

3. Categorisations and subcategorization of these patients based on above mentioned investigations. There are two main subgroups:

- a. Patients with recognizable syndromes (rare).
- b. Patients with syndromic complex association (common).
- c. Variants of skeletal dysplasia's (frequent).
- d. Treatment methods and corrections of different deformities.

Data are gathered retrospectively and prospectively. In some cases genetic tests have been already performed, before the patients were admitted to our unit. We would include these data in our published studies by using patients photos, and other relevant radiographic and laboratory results.

Our main strategy in patients with skeletal deformities, that their medical records are frequently go into several topics. 1) Antenatal and birth history of spontaneous abortions, stillbirths, and difficulties with conceiving as well as the ages of the parents at the time of birth were considered. 2) Major events in gestational histories such as pre-eclampsia, infection, bleeding, premature labour, and evidence of foetal growth and movement (feeble or hyperkinetic foetus in utero), followed by 3) details of the labour and any evidence of foetal distress during delivery and were analysed on individualistic bases. 4) Baby's birth weight, conditions at birth and need for resuscitation. 5) Neonatal history, we summarised each patient for major problems encountered in the neonatal period, for example respiratory distress, jaundice, neonatal convulsions and poor feeding. The time spent in the special care baby unit, the feelings of the parents about the child and problems encountered at this time. The past medical history of major medical problems, interventions and so forth underwent analysis. 6) Developmental history, retrospective developmental histories were essential tools for the evaluation. 7) Family history included the general health of other family subjects, both physical and mental, as this helps to correlate the current child problem with relevant features in one of the parents.

Knowledge stem from appropriate understanding of the clinical phenotype of every given case, since it can provide novel insights to assess bone disorders and to reformulate the current methodology of management. Researchers need to perceive the diverse and the broad spectrum of clinical presentations in patients with skeletal deformities, and therefore the necessity to keep a firm hold on the impact of clinical aspects and to anticipate the far-reaching conceptual consequences.

y radiográfica detallada y una documentación de los pacientes con displasias esqueléticas y asociaciones sindrómicas; establecer las correlaciones fenotípicas y genotípicas y su posible confirmación; efectuar las publicaciones científicas correspondientes ya que son fundamentales para expandir y diseminar nuestra experiencia clínica.

Muchos elementos esenciales pueden ser considerados como la pieza fundamental para establecer el diagnóstico etiológico de la mayoría de las afecciones: caracterización fenotípica por medio de la evaluación clínica y radiográfica (es la herramienta basal para el diagnóstico y tratamiento); realización de estudios por imágenes que utilicen radiografía convencional, tomografía computarizada y resonancia magnética; categorización y subcategorización de estos pacientes basadas en las investigaciones previamente mencionadas. Existen dos subgrupos principales: pacientes con síndromes reconocibles (raros); pacientes con asociaciones de complejos sindrómicos (comunes); variantes de las displasias esqueléticas (frecuentes), y métodos de tratamientos y correcciones de diferentes deformidades.

La información se recolecta en forma retrospectiva y prospectiva. En ciertos casos los estudios genéticos ya han sido realizados antes que los pacientes ingresen en nuestro servicio. Incluimos dicha información en los estudios que publicamos utilizando fotos, radiografías y resultados de laboratorio relevantes.

Nuestra principal estrategia en los pacientes con deformidades esqueléticas es que su historia clínica se divida en diferentes tópicos: historia antenatal y del parto acerca de abortos espontáneos, mortinatos y dificultades en la concepción, así como la edad de los padres en el momento del parto; eventos relevantes durante el embarazo, como preeclampsia, infecciones, sangrados, parto prematuro y datos del crecimiento fetal y la movilidad (feto débil o hiperkinético en el útero); detalles acerca del parto y de sufrimiento fetal durante el nacimiento; peso al nacer, condiciones al nacer y necesidad de reanimación; historia neonatal, dificultad respiratoria, ictericia, convulsiones, alimentación dificultosa; tiempo de internación en unidad de cuidados intensivos neonatales y emociones de los padres durante este período; antecedentes de problemas médicos e intervenciones graves; antecedentes del desarrollo, donde la detección de enfermedades y problemas médicos e intervenciones es fundamental; historia familiar, que incluye problemas generales de salud, tanto físicos como mentales, lo cual ayuda a correlacionar los trastornos actuales del niño.

El conocimiento adquirido de comprender apropiadamente el fenotipo clínico de cada caso en particular es fundamental, ya que puede llevar a teorías novedosas en la evaluación de las afecciones óseas y a reformular el abordaje actual. Los investigadores deben comprender la diversidad y el amplio espectro de presentaciones clínicas en pacientes con deformidades esqueléticas, y por lo tanto la necesidad de mantener con firmeza el impacto de los aspectos clínicos y anticipar las consecuencias conceptuales de mayor alcance.

La Red Científica Iberoamericana (RedCIbe) 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 RedCIbe, como parte integrante del programa Actualización Científica sin Exclusiones (ACisE), publica en esta sección de Salud(i) Ciencia entrevistas, artículos e informes territoriales o especializados de calificados profesionales comprometidos con la salud de Iberoamérica.

Un cuestionario para evaluar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado

A questionnaire to assess attitudes to healthcare among nursing students

Silvia Gladys Stepanosky

Docente, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Alejandro Gabriel Cragno

Docente, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Analia Veronica Ocampo

Docente, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Ezequiel Francisco Jouglard

Docente, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina

Acceda a este artículo en siicsalud



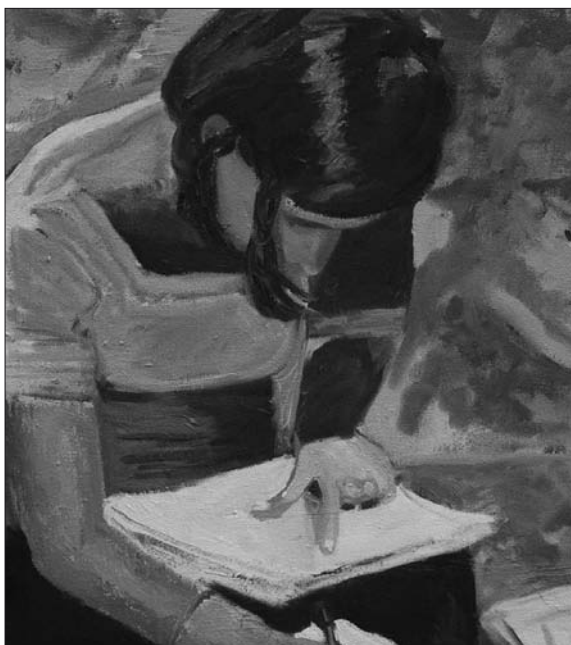
Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



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

La currícula del programa de enfermería es la expresión de saberes, experiencias e intenciones de la comunidad académica que en forma explícita se definen en el perfil del egresado. La currícula tiene como objeto de estudio el cuidado del ser humano, que es la razón de ser de la enfermería y su objeto central de estudio.

La importancia de este estudio* radica en el desarrollo de una herramienta que permita abordar las actitudes hacia el cuidado en los estudiantes de enfermería. A pesar del gran número de definiciones de la palabra actitud, se pueden extraer de ellas algunos rasgos comunes: se entiende como una predisposición existente en el sujeto y adquirida por aprendizaje, que impulsa a éste a comportarse de una manera determinada, en determinadas situaciones, que la infraestructura de esta predisposición es algún estado mental, y por último, que ese estado mental se halla integrado por tres componentes: de acción, afectivo y cognitivo. Si bien hay un número de argumentos de cómo y qué debe ser medido, es decir si las actitudes deben ser medidas como una entidad o



si sus componentes deben ser abordados en forma independiente, la búsqueda bibliográfica muestra los argumentos de ambas posturas, los autores consideran para esta investigación las actitudes como concepto unificado, en oposición a medir cada componente por separado. Se cree que los estudiantes de enfermería ingresan a la educación en enfermería con la visión de la sociedad obtenida por experiencia directa o indirecta y durante el proceso de socialización profesional, ellos desarrollan actitudes, creencias y valores que se mantienen en la profesión. La experiencia educacional vivida por los estudiantes de enfermería envuelve más que un cuerpo de conocimientos científicos y adquisiciones de habilidades para cuidar a los sujetos de atención; los estudiantes aprenden a relacionarse con los pacientes y comienzan a construir su identidad como profesión.

En este estudio se toma el concepto de cuidado como interacción personal y como acción terapéutica en sus cuatro dimensiones: asistir, investigar, educar y administrar. El objetivo de esta investigación fue construir un cuestionario que identifique las categorías de análisis con herramientas cualitativas y rastreo bibliográfico; se trata de un estudio cualitativo de construcción de un instrumento. La población seleccionada fueron estudiantes del primer ciclo de la licenciatura en Enfermería del Departamento de Ciencias de la Salud. Se realizaron grupos focales de estudiantes, docentes y profesionales de Enfermería y entrevistas en profundidad; el número se definió por saturación.

Se seleccionaron dimensiones y categorías a partir de los resultados. Con las principales dimensiones identificadas se comenzó el diseño de un instrumento de actitudes ex-

perimental. En la primera lectura los segmentos fueron agrupados por categorías, y se obtuvieron 60 ítems, posteriormente se eliminaron los ítems similares o redundantes, quedando en la segunda lectura 41 ítems, los cuales fueron analizados para la confección inicial del instrumento de 30 ítems. Las respuestas se diseñaron con un formato de escala de Likert de cinco puntos, combinando afirmaciones favorables y desfavorables. Los valores fueron ubicados de acuerdo con lo más positivo, si la afirmación fue favorable: "totalmente de acuerdo" recibió el puntaje más alto, y si la afirmación era desfavorable, "totalmente en desacuerdo" recibió el puntaje más alto. Los ítems fueron mezclados para que la tendencia de las respuestas fuera minimizada. Se analizaron los resultados obtenidos a través de análisis factorial, se evaluaron las

correlaciones ítem-total y la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, se seleccionaron 20 ítems para construir la versión final del cuestionario, el cual tiene un valor de 0.69. Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5.

Los resultados de esta investigación muestran que el instrumento es válido y con una confiabilidad aceptable para medir actitudes. La validez de contenido fue asegurada por la realización de los grupos focales y la búsqueda de bibliografía. El proceso de organizar y llevar a cabo grupos focales demanda tiempo, pero como estrategia de recolección de datos es recompensada por la riqueza de los datos obtenidos. Se determinó la validez aparente. En investigaciones futuras se evaluará su confiabilidad externa y su sensibilidad al cambio.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

Los autores no manifiesta conflictos de interés.

*** Nota de la redacción.** Los autores hacen referencia al trabajo publicado en *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca* 25(2):46-54, Abr 2015. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Bibliografía recomendada

1. Muñoz de Rodríguez L, López Díaz AL, Gómez OJ. Editores Grupo de Cuidado, Facultad de Enfermería. El arte y la ciencia del cuidado. Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, primera edición, 2002.
2. Daza de Caballero R, Medina S. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los Cuidados* X(19):55-62, 2006.
3. McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing* 47(4):446-453, 2004.
4. Beckler SJ. Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology* 47:1191-1205, 1984.
5. Eagly A, Chaiken S. Attitude structure and function. En Gilbert D, Fiske S, Lindzey G (eds.). *Handbook of social psychology*. 4^a

Ed. New York, McGraw-Hill, vol. 1, pp. 269-322, 1993.

6. Ajzen I, Fishben M. The influence of attitudes on behavior. *The handbook of attitudes* 173:221, 2005.
7. Rokeach M, et al. *The nature of human values*. New York: Free Press, 1973.
8. Ajzen I, et al. Application of the theory of planned behavior to leisure choice. *Journal of Leisure Research* 24(3):207-224, 1992.
9. Du Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *J Adv Nurs* 21(1):164-71, 1995.
10. Lai P, Kuan HL. Concept of professional socialization in nursing. *Int EJ of Sci Med Edu* 6(1):31-5.11, 2012.
11. Simpson IH. Patterns of socialization into professions. *The Case of Student Nurse* 37(1):47-54, 1987.

Información relevante

Un cuestionario para evaluar las actitudes de los estudiantes de enfermería hacia el cuidado

Respecto a la autora

Silvia Gladys Stepanosky. Docente, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina.



Respecto al artículo

Los resultados de esta investigación muestran que el instrumento es válido y con una confiabilidad aceptable para medir actitudes. La validez de contenido fue asegurada por la realización de los grupos focales y la búsqueda de bibliografía. La preprueba permitió determinar la validez aparente. Es necesario realizar investigaciones futuras para evaluar su confiabilidad externa y su sensibilidad al cambio.

La autora pregunta

El concepto "actitud" tiene numerosas definiciones.

En relación a la evaluación de la actitud hacia el cuidado de los estudiantes de enfermería, ¿cuál de las siguientes características del concepto "actitud" tienen aplicación?

- A Características de la interacción personal
- B Características de la acción terapéutica.
- C Características del aprendizaje.
- D Características de estado mental.
- E Todas las mencionadas.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/151932

Palabras clave

evaluación de actitudes, estudiantes de enfermería, instrumento de evaluación

Key words

assessment attitude, nursing students, assessment tool

Cómo citar

Stepanosky SG, Ocampo AV, Cragno AG, Jouglard EJ.
Un cuestionario para evaluar las actitudes de los
estudiantes de enfermería hacia el cuidado.
Salud i Ciencia 22(2):176-8, Ago 2016.

How to cite

*Stepanosky SG, Ocampo AV, Cragno AG, Jouglard EJ.
A questionnaire to assess attitudes to healthcare
among nursing students. Salud i Ciencia 22(1):176-8,
Ago 2016*

Orientación Epidemiología

Conexiones temáticas

Bioética, Educación Médica, Enfermería, Medicina del Trabajo.

La inocuidad alimentaria en la opinión de jóvenes universitarios mexicanos

Food safety in the opinion of Mexican university students

Emma Maldonado Simán

Profesora-Investigadora, Posgrado en Producción Animal, Departamento de Zootecnia, Universidad Autónoma Chapingo, Texcoco, México.

Citlalli C. González Ariceaga

Técnica Académica, Posgrado en Producción Animal, Departamento de Zootecnia, Universidad Autónoma Chapingo, Texcoco, México.

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



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

La inocuidad de los alimentos garantiza que su consumo no perjudica la salud de los humanos, es decir que los productos y sus ingredientes no están contaminados con peligros físicos, químicos o biológicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la inocuidad de los alimentos, la nutrición y la seguridad alimentaria están irremediablemente relacionados.

La percepción que tiene el consumidor sobre la inocuidad de los alimentos depende de factores muy diversos, por ejemplo, la edad del consumidor y la información que tiene a su alcance. Los estudiantes en edad universitaria tienen en general acceso a diversas fuentes de información; sin embargo, orientan su búsqueda de conocimiento a temas de interés muy específicos. Es interesante entonces, indagar sobre la importancia que la juventud le otorga a los temas relacionados con la inocuidad alimentaria. Los estudiantes universitarios tienen acceso a información de acuerdo con sus gustos, intereses y preocupaciones. En las universidades, los más informados con respecto a la inocuidad alimentaria son los estudiantes de las áreas relacionadas con la agroindustria y la producción primaria.

Un estudio realizado con 97 estudiantes en la Universidad Autónoma Chapingo reveló que más del 50% de los estudiantes universitarios encuestados se interesan por la inocuidad de los alimentos que consumen. Esta preocupación fue únicamente superada por temas relacionados con la educación y el medio ambiente. Por lo que, es re-

levante la necesidad de sensibilizar a la población sobre la importancia de la inocuidad y su impacto en la vida cotidiana. Para tres de cada cuatro jóvenes encuestados, el concepto de mayor relevancia relacionado con la inocuidad es que ésta es la característica más importante de un alimento. También apuntaron como mayor riesgo los contaminantes químicos y biológicos. Este grupo aseveró que la responsabilidad sobre los riesgos químicos recae en la cadena productiva, mientras que los riesgos biológicos pueden ser fácilmente controlados mediante buenas prácticas de higiene.

Los estudiantes identificaron los alimentos de origen animal, como aquellos de mayor riesgo: en primer lugar, consideraron los productos cárnicos y la leche y sus derivados, señalados como los alimentos asociados con mayor frecuencia con contaminación por microorganismos patógenos, como *Salmonella spp.* y *Escherichia coli* O157:H7. Otro de los resultados obtenidos se relacionó con las actividades realizadas en las tiendas y supermercados. El 89.6% de la población encuestada, manifestó

tener desconfianza sobre las prácticas de higiene y manejo que se llevan a cabo en la tiendas y supermercados para mantener la inocuidad de los alimentos que ofrecen.

En opinión de los estudiantes encuestados, las actividades de mayor riesgo e importancia se asocian con el buen manejo y origen de los alimentos. Actividades como la venta de productos después de su fecha de caducidad fueron

consideradas irrelevantes. A pesar de la desconfianza, siete de cada ocho estudiantes consideraron que, en la actualidad, los alimentos son más inocuos que hace diez años. Esta tendencia podría significar un incremento en la confianza de los estudiantes en los avances de la ciencia y la tecnología, en conjunto con la implementación de buenas prácticas. Consistentemente más de la mitad de los encuestados manifestó poner atención en el etiquetado de los alimentos, específicamente en la fecha de caducidad, los ingredientes y el precio. Más del 90% de éstos leen con detenimiento las etiquetas de los



alimentos, concentrándose específicamente en la fecha preferente y de caducidad.

Un factor importante a considerar es el acceso a la información, ya que trae consigo otro fenómeno a tener en cuenta, como la libre elección para modificar hábitos de consumo. En este caso, el 50% de los estudiantes manifestó haber cambiado su patrón de consumo en años recientes. Entre los cambios más sobresalientes, se encontraron disminuciones en el consumo de comidas rápidas, carne de cerdo, tacos, dulces, bebidas carbonatadas y endulzadas, y alimentos listos para comer.

Las fuentes de información referidas en este estudio, fueron la propia universidad, internet y los libros. Sólo una tercera parte de los encuestados consideró la televisión como una fuente fiable de información. Sin embargo, son estudiantes universitarios que tienen de antemano información sobre el tema, en contraste con la media

poblacional que tiene mayor acceso a los programas televisivos que a una publicación científica. Como resultado de lo anterior, es importante señalar que una mala información podría ocasionar cambios que perjudiquen, no sólo la salud del consumidor, sino también la economía de los productores.

En general, los jóvenes encuestados le concedieron importancia relativa a la inocuidad alimentaria, pero aun así demostraron tener los conocimientos para identificar los elementos más importantes de la inocuidad alimentaria. Los productos de origen pecuario fueron considerados como los de mayor riesgo. Se puede concluir que existe la necesidad de implementar campañas informativas y educativas a nivel nacional, que concienticen a la población en general sobre la importancia de la inocuidad alimentaria, el impacto que ésta tiene en la vida cotidiana y las acciones que se pueden tomar para contribuir a ella.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

Los autores no manifiesta conflictos de interés.

*** Nota de la redacción.** Las autoras hacen referencia al trabajo publicado en **Revista Científica** 22(1):44-50, Ene 2012. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB)SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Información relevante

La inocuidad alimentaria en la opinión de jóvenes universitarios mexicanos

Respecto a la autora

Ema Maldonado Simán. Profesora-Investigadora, Posgrado en Producción Animal, Departamento de Zootecnia, Universidad Autónoma Chapingo, Texcoco, México.



Respecto al artículo

La inocuidad de los alimentos garantiza que su consumo no perjudica la salud de los humanos, es decir que los productos y sus ingredientes no están contaminados con peligros físicos, químicos o biológicos.

La autora pregunta

Los conocimientos y creencias sobre la alimentación influyen en forma directa en la elección y consumo de los alimentos.

En una encuesta realizada con estudiantes universitarios, ¿qué cambios se encontraron en el patrón de consumo de alimentos?

- A) Aumento en el consumo de carne de cerdo.
- B) Aumento en el consumo de bebidas endulzadas.
- C) Disminución en el consumo de frutas y verduras.
- D) Disminución en el consumo de comida rápida y alimentos preelaborados.
- E) No se encontraron cambios en los hábitos de consumo.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/136268

Palabras clave

inocuidad en alimentos, percepción, gestión, jóvenes

Key words

food safety, perception, management, youth

Cómo citar

Maldonado Simán E, González Ariceaga CC. La inocuidad alimentaria en la opinión de jóvenes universitarios mexicanos. Salud i Ciencia 22(2):179-81, Ago 2016.

How to cite

Maldonado Simán E, González Ariceaga CC. Food safety in the opinion of Mexican university students. Salud i Ciencia 22(2):179-81, Ago 2016.

Orientación

Epidemiología, Clínica

Conexiones temáticas

Nutrición, Salud Pública, Medicina Interna, Medicina Familiar

Circulação do vírus da (*del virus de la*) encefalite de Saint Louis durante epidemia de dengue em Mato Grosso, Brasil

Circulation of the Saint Louis encephalitis virus during a dengue epidemic in Mato Grosso, Brazil

Renata Dezengrini Shhessarenko

Departamento de Ciências Básicas em Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)



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

O vírus da (*El virus del*) dengue (DENV) é o flavivirus mais (*es el flavivirus más*) frequente mundialmente, representando um importante problema de saúde pública. Durante epidemias no Brasil, o diagnóstico laboratorial de doença (*el diagnóstico de laboratorio de la enfermedad*) febril aguda inespecífica é direcionado ao DENV e ao vírus da febre amarela (*se orienta al DENV y al virus de la fiebre amarilla*), responsável por surtos (*brotes*) silvestres esporádicos, dificultando a detecção de outros arbovírus possivelmente circulantes, incluindo o vírus da (*incluyendo el virus de la*) encefalite de Saint Louis (SLEV).*

O SLEV é um flavivirus mantido em (*que se mantiene en*) ciclos zoonóticos envolvendo espécies de *Culex* (*Cx.*) spp. e outros mosquitos como vetores, pássaros (*y otros mosquitos comovectores, pájaros*) como amplificadores e humanos e outros animais como hospedeiros (*y los humanos y otros animales como huéspedes*) acidentais finais.¹ A maioria das infecções humanas são (*La mayoría de las infecciones humanas son*) subclínicas ou acompanhadas de sinais inespecíficos de doença (*o están acompañadas de signos inespecíficos de la enfermedad*) febril aguda, raramente acompanhada de meningoencefalite, apresentando gravidade e fatalidade maior em idosos (*y presenta mayor gravedad y letalidad entre los ancianos*).²

No Brasil (*En Brasil*), o SLEV foi identificado em 1960 em um pool de *Sabethes belisarioi* no Estado do Pará.^{2,3} onde também ocorreu o primeiro (*donde también tuvo lugar el primer*) relato de infecção humana em 1970.³ Na década de 1990, soroconversão foi descrita em residentes do Vale do Ribeira, SP.⁴ Posteriormente, casos humanos foram relatados durante epidemia de dengue em São

José do Rio Preto, SP,⁵⁻⁷ e em um (*y en un*) paciente de Ribeirão Preto, SP.⁸ A infecção com o SLEV provavelmente não é rara (*no es rara*) em humanos, sendo confundida clinicamente com a dengue e pouco diagnosticada no Brasil. Apesar destas dificuldades, técnicas moleculares se constituem em ferramentas importantes para o monitoramento de flavivirus na população (*constituyen herramientas importantes para el control del flavivirus en la población*).⁹ Usualmente, espécies de mosquito vetores do SLEV variam entre regiões (*varían entre las regiones*) geográficas. O SLEV é frequentemente identificado em mosquitos na Amazônia brasileira;⁹ já foi relatado em (*ya fue informado en*) *Anopheles triannulatus* e espécies de *Culex* no nordeste de SP.⁴ Contudo, *Cx. pipiens*, *Cx. quinquefasciatus* e *Cx. negripalpus* são os vetores mais (*son los vectores más*) frequentes do SLEV nas Américas.¹⁰

Neste estudo, objetivou-se (*En este estudio el objetivo fue*) investigar molecularmente a presença de 11 flavivirus no soro (*la presencia de 11 flavivirus en el suero*) de 604 pacientes durante uma epidemia de dengue no estado de Mato Grosso, centro-oeste do Brasil, entre 2011-2012.

Concomitantemente, 3433 fêmeas de *Culex* spp. capturadas em 2013 com aspirador de Nasci na capital do Estado, Cuiabá, identificadas com

chave dicotômica (*con la clave dicotômica*) específica^{11,12} e nested-PCR¹³ e alocadas em 409 pools (*y asignadas en 409 pools*) (403 pools de *Culex quinquefasciatus*, cinco de *Culex bidens* ou interfor e um de *Culex spinosus*) foram testadas para os mesmos flavivirus (*fueron probadas para los mismos flavivirus*). Para isso, o RNA viral (QIAamp Viral RNA Mini Kit, Qiagen) extraído do soro dos pacientes e o RNA total (Trizol, Invitrogen) obtido dos (*obtenido de los*) pools de mosquitos foi submetido (*se sometió*) a multiplex semi-nested RT-PCR espécie-específica para 11 flavivirus, conforme descrito anteriormente.¹⁴ Posteriormente, uma região do gene de envelope do SLEV (477 bp) foi amplificada em amostras (*una región del gen de la envoltura del SLEV (477 bp) se amplificó en muestras*) positivas via semi-nested RT-PCR¹⁵ e submetida a sequenciamento e análise (*y se sometió a secuenciamento y análisis*) filogenética e de variações aminoácídicas.¹⁰ O SLEV foi detectado em três pacientes co-infetados com o DENV-4 na



região metropolitana de Cuiabá, Mato Grosso. Um dos pacientes apresentava uma tripla (*Uno de los pacientes presentaba una triple*) coinfeção com DENV-1. Os pacientes apresentavam sintomas de doença febril aguda, eram residentes de área urbana e nenhum referiu histórico recente de viagem ou acesso a áreas rurais/silvestres (*y ninguno informó historial reciente de viaje o acceso a las zonas rurales*). A maioria dos demais pacientes incluídos no estudo foram (*La mayoría de los otros pacientes en el estudio eran*) positivos para sorotipos do DENV (331/604; 54.8%), pois foram amostrados durante uma epidemia que coincidiu com a introdução do (*coincidió con la introducción del*) DENV-4 no Mato Grosso. Um pool contendo uma fêmea de *Culex quinquefasciatus* foi positivo para o SLEV em Cuiabá, apresentando taxa de infecção (*presentando una tasa de infección*) mínima (MIR) de 0.4 por 1000 mosquitos *Culex* spp.

O SLEV é classificado em oito linhagens (*se clasifica en ocho linajes*), 15 subtipos, correlacionadas à distribuição geográfica do vírus. No Brasil, os genótipos II, III, V e VIII (subtipos A e B) já foram descritos; sendo o (*ya han sido descritos; y el*) V e o VIII os mais prevalentes na (*son los más prevalentes en la*) região Amazônica.⁹ Na análise filogenética, as amostras humanas e de mosquito do SLEV identificadas no Mato Grosso apresentaram 99% de homologia entre si, indicando que o mesmo vírus circula entre humanos e vetores, e formam um cluster com isolados do (*y forman un cluster con aislamientos del*) genótipo V-A, obtidos de pássaros e animais na (*obtenidos de los pájaros y animales en la*) região amazônica do estado do Pará. Ainda, as amostras identificadas neste estudo possuem um ancestral em comum com (*Asimismo, las muestras identificadas en este estudio tienen un ancestro*

común con) sequências do SLEV genótipo V isolados no Pará e em *Culex* spp. na Argentina.

Variações nas sequências aminoácidas da região do envelope específicas das linhagens (*en la región de la envoltura específicas de los linajes*) II, V e VIII não foram encontradas nas sequências do SLEV obtidas neste estudo.¹⁰ A amostra humana (*obtenidas en este estudio. La muestra humana*) SLEV_BR/Mato Grosso-CbaH364/2012 apresentou um resíduo de leucina na posição 96, enquanto todas as outras (*presentó un residuo de leucina en la posición 96, mientras que todas las otras*) sequências do SLEV incluídas no estudo apresentam uma prolina na mesma posição. Essa substituição também foi descrita no isolado obtido de (*presentan una prolina en la misma posición. Esta sustitución también se obtuvo del aislamiento obtenido en*) humanos em São José do Rio Preto, SP.⁷ A amostra SLEV_BR/Mato Grosso-CbaAr499/2013 obtida de *Culex quinquefasciatus* apresentou uma substituição de lisina por aspargina na posição 45.

Este estudo foi o primeiro relato de identificação molecular do SLEV no Mato Grosso. Também, constitui-se no primeiro relato de coinfeções pelo (*constituye el primer informe de coinfecciones por*) SLEV e DENV-4 em pacientes brasileiros, incluindo uma tripla coinfeção pelo DENV-1, DENV-4 e SLEV. Esses dados indicam que durante surtos de (*Estos datos indican que durante los brotes de*) dengue no Brasil, outros arbovírus podem circular silenciosamente. A ausência de diagnóstico diferencial provavelmente contribui para a subnotificação (*posiblemente contribuye para la subnotificación*) de casos de infecção pelo SLEV, indicando a necessidade de monitoramento constante da circulação (*monitoreo constante de la circulación*) de arbovírus no Brasil.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siic.salud.com

La autora no manifiesta conflictos de interés.

*** Nota de la redacción.** La autora hace referencia al trabajo publicado en **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo** 57(3):215-220, May 2015. Los lectores que precisen el artículo completo pueden solicitarlo gratuitamente a la Biblioteca Biomédica (BB) SIIC de la Fundación SIIC para la promoción de la Ciencia y la Cultura.

Bibliografía sugerida

1. Kuhn R. Flaviviruses. In: Acheson NH, editor. *Fundam Mol Virol* 1a ed. John Wiley & Sons; pp. 181-90, 2007.
2. Vasconcelos PFC, Travassos da Rosa APA, Pinheiro FP, Shope RE. Arboviruses pathogenic for man in Brazil. In: Travassos da Rosa APA, Vasconcelos PFC, Travassos da Rosa JFS, editors. *An Overv Arbovirology Brazil Neighb Ctries Belém - PA*: Instituto Evandro Chagas, pp. 72-99, 1998.
3. Pinheiro FP, LeDuc JW, Travassos da Rosa AP, Leite OF. Isolation of St. Louis encephalitis virus from a patient in Belém, Brazil. *Am J Trop Med Hyg* 30:145-8, 1981.
4. Rocco IM, Santos CLS, Bisordi I, Petrella SMCN, Pereira LE, Souza RP, et al. St. Louis encephalitis virus: first isolation from a human in São Paulo State, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 47:281-5, 2005.
5. Mondini A, Bronzoni RVD, Cardeal ILS, Santos TMILS, Lázaro E, Nunes SHP, et al. Simultaneous infection by DENV-3 and SLEV in Brazil. *J Clin Virol* 40:84-6, 2007.
6. Mondini A, Cardeal ILS, Lázaro E, Nunes SH, Moreira CC, Rahal P, et al. Saint Louis encephalitis virus, Brazil. *Emerg Infect Dis* 13:176-8, 2007.
7. Terzian ACB, Mondini A, Bronzoni RVM, Drumond BP, Ferro BP, Cabrera EMS, et al. Detection of Saint Louis encephalitis virus in Dengue-suspected cases during a Dengue 3 outbreak. *Vector Borne Zoonotic Dis* 11:291-300, 2011.

8. Maia FGM, Chávez JH, Souza WM, Romeiro MF, Castro LA, Fonseca BAL et al. Infection with Saint Louis encephalitis virus in the city of Ribeirão Preto, Brazil: report of one case. *Int J Infect Dis* e1-e2, 2014.
9. Rodrigues SG, Nunes MRT, Casseb SMM, Prazeres ASC, Rodrigues DSG, Silva MO, et al. Molecular epidemiology of Saint Louis encephalitis virus in the Brazilian Amazon: genetic divergence and dispersal. *J Gen Virol* 91:2420-7, 2010.
10. May FJ, Li L, Zhang S, Guzman H, Beasley DWC, Tesh RB, et al. Genetic variation of St. Louis encephalitis virus. *J Gen Virol* 89:1901-10, 2008.
11. Forattini O. *Culicidologia Médica*. São Paulo, EDUSP; 1:531, 1996.
12. Forattini OP. *Culicidologia Médica*. São Paulo, EDUSP; 2:548, 2002.
13. Smith JL, Fonseca DM. Rapid assays for identification of members of the *Culex* (*Culex*) pipiens complex, their hybrids and other sibling species (Diptera Culicidae). *Am J Trop Med Hyg* 70:339-45, 2004.
14. Bronzoni RVD, Baleotti FG, Nogueira MRR, Nunes M, Figueiredo LTM. Duplex reverse transcription-PCR followed by nested PCR assays for detection and identification of Brazilian alphaviruses and flaviviruses. *J Clin Microbiol* 43:696-702, 2005.
15. Kramer LD, Chandler LJ. Phylogenetic analysis of the envelope gene of St. Louis encephalitis virus. *Arch Virol* 146:2341-55, 2001.

Información relevante

Circulação do vírus da (*del virus de la*) encefalite de Saint Louis durante epidemia de dengue em Mato Grosso, Brasil

Respecto a la autora

Renata Dezengrini Shlessarenko. Graduada (2003), Maestría (2006) y Doctorado (2010) en Medicina Veterinaria, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil. Doctorado en Virología (2008), University of Illinois, Urbana-Champaign, EE.UU. Profesora Adjunta, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, Brasil. Orientadora de Maestría y Vicecoordinadora del Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, en el área de enfermedades infecciosas y tropicales, en las líneas de investigación que abarcan virología humana y animal, con énfasis en arbovirus. Miembro de la Sociedade Brasileira de Virologia. Representante de la Faculdade de Medicina en el Comité de Ética en Investigación Animal (UFMT) y en el Comité Interno del Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica de la Pró-Reitoria de Pesquisa (UFMT).



Respecto al artículo

O vírus da (*El virus de la*) encefalite de Saint Louis genótipo V-A foi identificado em três pacientes coinfectados com o vírus da dengue 4, um deles também com o (*uno de ellos también con el*) vírus da dengue 1, e em uma fêmea (*y en una hembra*) de *Culex quinquefasciatus* na cidade de Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, Centro-Oeste do Brasil.

La autora pregunta

Existe una gran variedad de especies de *Culex*, principal vector para la transmisión de la infección por el virus de la encefalitis de Saint Louis.

¿A qué familia viral pertenece el virus de la encefalitis de Saint Louis?

- A) Alfavirus.
- B) Flavivirus.
- C) Herpesvirus.
- D) Rabdovirus.
- E) Reovirus.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/153209

Palabras clave

virus del dengue, virus de la encefalitis de Saint Louis, diagnóstico de laboratorio, epidemia

Key words

dengue virus, Saint Louis encephalitis virus, laboratories prognosis, epidemic

Cómo citar

Dezengrini Shlessarenko R. Circulação do vírus da (*del virus de la*) encefalite de Saint Louis durante epidemia de dengue em Mato Grosso, Brasil. *Salud i Ciencia* 22(2):182-184, Ago 2016.

How to cite

Dezengrini Shlessarenko R. *Circulation of the Saint Louis encephalitis virus during a dengue epidemic in Mato Grosso, Brazil. Salud i Ciencia* 22(2):182-4, Ago 2016.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

Administración Hospitalaria, Atención Primaria, Educación Médica, Epidemiología, Genética Humana, Infectología, Inmunología, Medicina Interna, Salud Pública

Condicionantes para la atención primaria en una Posta de Salud Rural en el extremo sur de Chile

Conditioning factors in primary healthcare at a Rural Health Station in the far south of Chile

"Aquí, en la Posta de Salud Rural Villa O'Higgins, mis manos, mis ojos, mis oídos y mi estetoscopio son los recursos que tengo para lidiar con la mayoría de las enfermedades."

(especial para SIIC © Derechos reservados)



Posta de Salud Rural Villa O'Higgins. Foto SIIC



Plantel de la Posta de Salud Rural Villa O'Higgins: Médico Claudio Araya Vargas; paramédica Mónica Pérez Astorga; paramédica Fresia Torres; paramédica Juana Guerra Rosales; auxiliar Yanette Alvarado Forranca; chofer Javier Cardenas Barriac. Foto SIIC

Entrevista exclusiva a

Claudio Araya Vargas

Médico, Posta de Salud Rural Villa O'Higgins, XI Región de Aysén, Chile

Villa O'Higgins es el pueblo que se encuentra en el extremo sur de la carretera austral chilena que recorre la Patagonia chilena hasta este punto precisamente. Esta carretera tiene aproximadamente 1250 kilómetros, es hermosa, muy recomendable para todos aquellos que aman la naturaleza y tengan, además, interés en conocer la hospitalidad del pueblo chileno, porque a lo largo de sus centenares de kilómetros van a encontrarse con poblaciones y habitantes hospitalarios, solidarios, amables, en todo su recorrido. Además de esto, los médicos, psicólogos y profesionales de la salud pueden conocer a sus colegas que trabajan por aquí, de manera que tienen un excelente argumento, pasear por este lugar, conversar con ellos e intercambiar experiencias de trabajo. Vamos a hablar de experiencias de trabajo con el joven médico Claudio Araya Vargas, de 31 años, egresado de la Universidad de Chile, médico general de zona.

Acceda a este artículo en siicsalud



Código Respuesta Rápida
(Quick Response Code, QR)

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

Dr. Claudio Araya Vargas: Estoy emocionado por la llegada de ustedes a un punto tan austral, que se hayan tomado el trabajo de venir hasta acá valora mucho el desempeño diario que uno tiene. Así que lo primero es agradecerles la decisión de haber venido tan al sur de Chile a un lugar tan perdido, en el que un simple resfriado puede ser letal. Gracias por esta oportunidad de poder compartir mi pequeña y corta experiencia en Villa O'Higgins con ustedes.

RBC: Llegó aquí en diciembre, por lo que hace dos meses que está aquí.

CAV: Sí, estoy aquí desde hace dos meses y medio. Nací en Coyhaique, pero por temas laborales de mi padre tuvimos que emigrar a Santiago cuando yo tenía 8 años. Pasé toda mi vida en Santiago, estudié en la Universidad y una vez que salí de ella decidí regresar a Coyhaique.

RBC: ¿A cuántos kilómetros de Villa O'Higgins está Coyhaique?

CAV: Aquí no medimos las distancias en kilómetros ya que son un referente muy poco válido. Porque, por

ejemplo, si les digo que estamos a 500 km de Coyhaique, hacen un rápido cálculo y estiman: 500 km a 100 km por hora, son cinco horas hasta aquí. Pero la realidad es que, en verano, son 12 horas, saliendo a más tardar a las 8.30 de la mañana de Coyhaique, porque el camino es muy complejo, demasiado burdo, no pavimentado. Por otro lado, Villa O'Higgins tiene la particularidad de ser un pueblo muy aislado porque hay que cruzar con una barcaza, la cual, en verano, tiene el último cruce a las 18 horas; de lo contrario, no se llega a Villa O'Higgins en un día.

RBC: Y la barcaza tarda 45 minutos para recorrer un "seno" o fiordo, es decir, agua de mar que se inserta en el continente. Porque aunque estamos en el continente, la sensación es como si estuviéramos en una isla. Es isla para usted como profesional, y lo es también para sus pacientes; ¿es isla también para las enfermedades? ¿Cuáles son las afecciones predominantes dentro de esta zona?

CAV: Sí, para todo es como si fuera una isla, incluso para la alimentación. A modo general, tenemos una población estable en este momento de 550 habitantes en la Comuna de Villa O'Higgins. Pero tenemos una población que no tiene acceso rápido a la salud, como lo es la del lago O'Higgins, que vive sola, y a la cual tratamos de hacer una ronda cada tres meses, en una barcaza que sale específicamente para ello. También hay una población importante hacia el norte, en la zona del río Mayer, que a medida que tiene posibilidades de venir a la villa una vez al mes, por ejemplo, cuando vienen a buscar insumos, pasan por la posta.

La mayoría de las enfermedades que se ven aquí en la costa están asociadas con programas de salud. Chile se caracteriza por trabajar con programas en salud. Por ejemplo, tenemos el Programa de Salud Cardiovascular, que involucra la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipidemia, como las tres afecciones a tratar en conjunto. También tenemos el Programa de Salud Infantil, en el que se sigue el crecimiento de los niños desde que nacen hasta los diez años; a partir de esa edad los toma el Programa de Salud del Adolescente, por lo que hay un seguimiento de los niños desde que nacen hasta los 18 años más o menos. El seguimiento previo del feto se hace por medio del control prenatal, a través del Programa de la Salud en la Mujer, que también involucra todo el enfoque de las afecciones relacionadas, como el climaterio, el control anual mediante la prueba de Papanicolaou, las enfermedades de transmisión sexual, la mamografía, etcétera. Otro gran programa es el de Salud Mental, que aborda básicamente la depresión, que en Chile es la principal afección psiquiátrica. La esquizofrenia y otras enfermedades psiquiátricas importantes, como el trastorno bipolar, tienen una incidencia mucho menor. También tenemos el Programa Dental, que en el caso de nuestra posta lo lleva adelante la Dra. Pía Barahona, que lleva un poco más de tiempo en esta posta, y es quien se encarga de todas las afecciones orales. Por otra parte, tenemos el Programa del Adulto Mayor y el de Postrados.

Sobre la base de estos programas obtenemos aproximadamente nuestras estadísticas en salud. Por ejemplo, tenemos bajos niveles de hipertensión; niveles altos de obesidad y de sedentarismo; mucha depresión, ya que, como dijimos, en Chile es la afección psiquiátrica de mayor incidencia.

RBC: En cuanto a la depresión, ¿en Villa O'Higgins se observa la media nacional o es más alta?

CAV: Mi percepción personal, que tal vez sea un poco somera porque sólo llevo dos meses trabajando en Villa O'Higgins, es que tenemos altas tasas de depresión pero está subdiagnosticada.

RBC: ¿Cómo se manifiesta en los pacientes?

CAV: Debemos ir poco más atrás, ya que la Villa reclamó constantemente y es un lugar que se ha forjado por el propio esfuerzo de los pobladores por tener mejores condiciones en todos los aspectos en general: salud, seguridad, alimentación, conectividad, etcétera. Es decir, es gente a la que históricamente le ha costado mucho estar acá. Por lo tanto, tienden a ser un poco más reservados al momento de la consulta. Son personas muy esforzadas pero tienen esa labilidad emocional que se logra palpar; a veces no es tan necesario que uno indague mucho. No tenemos una población sonriente, por ejemplo, que se la vea "feliz de la vida". Esto también se entiende porque Villa O'Higgins es una localidad nueva, se fundó en 1966, o sea que recién va a cumplir cincuenta años. Históricamente ha habido una serie de compromisos gubernamentales incumplidos; de hecho, la llegada del médico acá fue algo histórico para ellos. El nivel de seguridad que se le puede dar a una población teniendo su propio médico de manera estable, al que pueden consultar a cualquier hora es muy importante, y es muy grande el impacto que tiene. Pero, como decía, no es una población muy contenta, eso se nota.

Tenemos historias de mujeres muy jóvenes casadas con hombres muy mayores, y se nota que no son personas que estén felices en su relación. También hay niños que no tienden a ser cariñosos, sino que se relacionan desde la violencia o desde la timidez. A veces indagando, uno puede darse cuenta que tenemos una población bastante depresiva.

RBC: Teniendo en cuenta que Villa O'Higgins es una localidad que ha nacido recientemente, hace cincuenta años, que esta población se habrá formado con los habitantes que vivían a sus alrededores, es posible que ellos no tuvieran contacto con la medicina occidental, para llamarla de alguna manera, sino con una medicina doméstica, casera o tradicional del lugar. ¿Cree que se produce un choque entre ambas?

CAV: Claramente. Desde el punto de vista histórico, los primeros registros de algún ente o institución de salud en esta zona no son del servicio de salud, sino que vienen desde Carabineros (policía militarizada). Allí tenían una persona denominada practicante, un paramédico que estaba formado para primeros auxilios y que atendía todas las cosas: partos, resfriados, infartos. Esto sucedía por el año 1969, en que llegaron los primeros practicantes que se mantuvieron en el tiempo. De hecho, la primera posta que se construye en Villa O'Higgins fue construida por los pobladores porque vieron la necesidad del practicante que no tenía un lugar donde atender. Alrededor de los años '80 comienzan a llegar las primeras rondas con enfermeras, matronas y médicos, ya de manera más constante. Pero era una ronda que recorría primero todo el sur chileno, es decir, Chile Chico, Fachinal, Guadal, Mallín Grande, Cochrane, Tortel y recién Villa O'Higgins.

Se recorría durante varios días, porque incluso el acceso a los caminos era muy malo. Paraban 24 horas en cada lugar, por lo que, con suerte, venía una ronda cada dos o tres meses.

RBC: El pueblo se funda y la carretera llega treinta años después, aproximadamente. En ese caso, cuando a ustedes les surge una situación de emergencia, ya sea porque la avizoran o porque ya está planteada, por ejemplo un infarto, ¿cómo actúan?

CAV: Dependemos mucho del clima y de que sea día o noche. Atender un infarto depende del clima, porque si el día está bueno y las condiciones meteorológicas lo permiten tengo la posibilidad de llamar a un centro regulador de urgencias, ubicado en Coyhaique, les informo de la situación, ellos hacen la consulta respectiva y, si las condiciones lo permiten, mandan un avión desde Coyhaique que demora una hora y cuarto, al llegar a la villa suben el paciente al avión, y en una hora y cuarto llega a Coyhaique. Por lo tanto, ese paciente en trasladarse allá, con buenas condiciones climáticas, va a demorarse dos horas y media hasta el centro hospitalario de mayor complejidad más cercano.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2016
www.siicsalud.com

El entrevistado no manifiesta conflictos de interés.

Los interesados pueden ver el video de la entrevista completa en http://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensiicas.php?id=153302 y en el canal SIIC SALUD de youtube en <https://www.youtube.com/watch?v=g2FjtcdOBNw>

Información relevante

Condicionantes para la atención primaria en una Posta de Salud Rural en el extremo sur de Chile

Respecto al entrevistado



Claudio Araya Vargas. Médico, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2001). Médico, Posta de Salud Rural Villa O'Higgins, XI Región de Aysén, Chile.

Respecto al artículo

Aquí, en la Posta de Salud Rural Villa O'Higgins, mis manos, mis ojos, mis oídos y mi estetoscopio son los recursos que tengo para lidiar con la mayoría de las enfermedades.

El entrevistado pregunta

Una de las características del sistema de salud chileno es su organización a partir de diferentes programas.

¿Cuál de las siguientes afecciones aborda con mayor frecuencia el Programa de Salud Mental de Chile?

- A Trastorno límite de personalidad.
- B Trastorno bipolar.
- C Esquizofrenia.
- D Crisis de ansiedad.
- E Depresión.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/153302

Palabras clave

programas de salud, atención primaria, factores climáticos, accesibilidad

Key words

health programs, primary care, weather conditions, accessibility

Cómo citar

Vargas Araya C. Condiciones para la atención primaria en la Posta de Salud Rural en el extremo sur de Chile. *Salud i Ciencia* 22(2):185-8, Ago 2016.

How to cite

Vargas Araya C. Conditioning factors in primary healthcare at a Rural Health Station in the far south of Chile. *Salud i Ciencia* 22(2):185-8, Ago 2016.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

Atención Primaria, Salud Pública

Resúmenes de novedades seleccionadas por el Comité de Redacción y los especialistas que integran la dirección científica de SIIC. Las fuentes de los artículos forman parte de SIIC Data Bases*, cuyo repositorio se compone por alrededor de 160 000 documentos publicados en 4000 fuentes estratégicas**, cifras éstas en constante crecimiento.

Implementación de las normas NICE sobre infecciones urinarias en los niños

Acta Paediatrica 104(6):630-637, Jun 2015

Durham, Reino Unido

Se estima que el 10% de las niñas y el 3% de los niños habrán tenido una infección urinaria (IU) para la edad de 16 años. Las tasas de diagnóstico son variables y las normas del NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) del Reino Unido elaboradas por el *Guideline Development Group* de 2007, destacan la importancia de considerar el diagnóstico de IU en los niños de corta edad con fiebre inespecífica. En la mayoría de los casos de IU no hay una enfermedad de base.

Las normas NICE, utilizan un sistema de evaluación del riesgo para la realización de los estudios por imágenes que tiene en cuenta la gravedad de la enfermedad y cierto número de características clínicas con el fin de identificar el riesgo de enfermedad de base. Sin embargo, su aplicación generó controversias.

El objetivo de esta investigación fue auditar la adhesión con las normas NICE de 2007 para el diagnóstico de las IU en menores de 16 años en el ámbito de la atención primaria y secundaria del Reino Unido.

Se realizó una auditoría de múltiples centros retrospectiva de los pacientes consecutivos menores de 16 años provenientes de cuatro áreas geográficas del Reino Unido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010. En total participaron 17 centros distribuidos en las regiones sur, central y norte de Inglaterra. Se tomaron seis criterios de las normas NICE para evaluar su cumplimiento. La auditoría se centró en tres temas clínicos claves de las normas NICE: la mejoría en la tasa de diagnóstico, el enfoque de los niños de corta edad con IU y la selección de los candidatos para la realización de imágenes del tracto renal.

El criterio 1 se refirió a que en los niños menores de 3 años con fiebre inexplicada de 38°C o más debe obtenerse una muestra de orina para análisis dentro de las 24 horas. El criterio 2 se refirió a que a los niños de 3 años o más con presunción de IU, se les debe realizar una prueba con tiras reactivas en orina como primer paso; en caso de que las tiras reactivas indiquen la presencia de nitritos o leucocitos, la muestra debe enviarse para microscopía y cultivo; si no se detectan nitritos o leucocitos, no deben realizarse más análisis. El criterio 3 se refirió a que los lactantes menores de 3 meses con IU deben derivarse inmediatamente a un especialista en pediatría. Para identificar este criterio se utilizaron las bases de datos microbiológicas para identificar los urocultivos positivos. Se revisaron los registros computarizados de los ingresos hospitalarios para determinar si los lactantes fueron referidos a un servicio de pediatría. El criterio 4 se refirió a que los lactantes menores de 3 meses con IU confirmada deben tratarse con antibióticos parenterales. El criterio 5 indica

que los lactantes y niños con IU confirmada deben ser sometidos a una evaluación clínica minuciosa con el fin de excluir una enfermedad de base e identificar la presencia de los 12 factores de riesgo considerados por el NICE. El criterio 6 consistió en considerar que todos los niños con IU confirmada deben ser sometidos a exámenes renales según las normas NICE. Los pacientes se identificaron según los sistemas de registro de historias clínicas (criterios 1 y 2) y de las bases de datos de laboratorios de microbiología (criterios 3 a 6). Los participantes se auditaron cronológicamente desde comienzos de 2010. Se estableció un número mínimo de niños a auditar por centro participante por criterio, con un mínimo de 1000 grupos de datos. Todos los datos fueron anónimos.

Se auditaron en total 1149 niños (682 del ámbito de atención primaria y 467 del de atención secundaria). El cumplimiento global del criterio 1 fue del 28% (intervalo de confianza del 95% [IC 95%]: 22% a 34%), el mayor cumplimiento se observó en las unidades pediátricas (UP) (51%; IC 95%: 35% a 68%). En comparación con las unidades de atención primaria (AP), tanto las unidades de emergencias generales (EFG) como las UP tuvieron una adhesión a las normas significativamente superior, mientras que no hubo diferencias con las de emergencias pediátricas (EP). En caso del criterio 2, la adhesión global a este criterio fue del 68% (IC 95%: 63% a 72%); la más alta se registró en las UP (78%; IC 95%: 63% a 89%) y en la EP (84%; IC 95%: 74% a 92%). En comparación con las unidades de AP, las de EP mostraron el mejor cumplimiento; sin diferencias significativas con las EG y las UP. Con respecto a cómo proceder con las muestras de orina, hubo un cumplimiento del 77% con la recomendación de realizar microscopía y cultivo ante la detección de nitritos o leucocitos con las tiras reactivas y del 67% con la de no remitirlas para microscopía y cultivo, en caso de que los resultados de las pruebas con las tiras reactivas fuesen negativos. Para el criterio 3, se contó con datos de tres hospitales y se observó cumplimiento en 7/10, 10/10 y 14/15 pacientes, respectivamente (adhesión global del 89%; IC 95%: 73% a 97%). Para el criterio 4 se contó con datos de tres unidades (1 EP que cumplió en 6/10 pacientes y 2 UP que cumplieron en 2/10 casos y 7/15 casos, respectivamente). La adhesión general a este criterio fue del 43% (15/35; IC 95%: 26% a 61%). En el caso del criterio 5, se procedió a una revisión manual de las historias clínicas, en primer lugar, para confirmar los urocultivos positivos y, en segundo lugar, para identificar la presencia de 12 factores de riesgo que se consideraron subcriterios (flujo urinario anormal, antecedentes de IU confirmada, antecedentes de cuadros febriles recurrentes de origen incierto, diagnóstico prenatal de anomalías renales, antecedentes familiares de reflujo vesicoureteral o enfermedad renal, constipación, vaciamiento vesical disfuncional, agrandamiento vesical, masa

Conceptos categóricos

Constipación crónica

En la constipación crónica, las tasas de prevalencia estimadas alcanzan y el 15% y la incidencia anual oscila entre el 0.33% y el 1%. La prevalencia es superior en las mujeres, con una relación 2.2:1 con respecto a los hombres [*Drugs of Today* 45(12):843-854].

Demencias

Las demencias son enfermedades progresivas, degenerativas e incurables. La enfermedad de Alzheimer, principal causa de demencia, se estima que afectará a 14 millones de personas en 2050 en Estados Unidos y es la sexta causa de mortalidad en la actualidad [*New England Journal of Medicine* 372(26):2533-2540].

Menopausia y sueño

La menopausia impacta el sueño en forma independiente de la edad, y genera alteraciones en los patrones del sueño y algunos parámetros, especialmente la oxigenación [*Maturitas* 80(2):170-178].

Diabetes

La creciente incidencia de diabetes se considera de gran impacto en términos de salud pública. La mayor parte de los pacientes diabéticos mueren como consecuencia de afecciones cardiovasculares [*Lancet* 383(9933):2008-2017].

Antihipertensivos

Los antagonistas del calcio parecen ser superiores a otros antihipertensivos para evitar el accidente cerebrovascular, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, para evitar la enfermedad coronaria y los diuréticos y los fármacos que actúan sobre el sistema de renina-angiotensina, para evitar la insuficiencia cardíaca [*Journal of Hypertension* 33(7):1321-1341].

Flujo energético

El seguimiento del gasto energético y el consumo de calorías permite a los adolescentes comprender que el peso corporal está influenciado fundamentalmente por estos dos parámetros [*Journal of Exercise Science & Fitness* 13(1):35-41].

Castración

Niveles plasmáticos de testosterona < 0.7 nmol/l durante el primer año de la terapia de privación androgénica continua predicen mejor duración de la respuesta [*Journal of Clinical Oncology* 33(10):1151-1156].

Litigios

El antecedente de litigio en la práctica de la obstetricia se asocia con mayor probabilidad de recomendar finalizar el embarazo mediante cesárea [*Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 27(16-17):1668-1675].

Fibrosis pulmonar idiopática

Desde la publicación de la última guía de recomendaciones para el diagnóstico y el tratamiento de la fibrosis pulmonar idiopática en 2011, se informaron los resultados de varios ensayos clínicos. La pirfenidona y el nintedanib mostraron resultados alentadores para el tratamiento de esta enfermedad prevalente [*Annals of Pharmacotherapy* 48(12):1611-1619].

* SIIC DB clasifica y produce información en tres idiomas (español, portugués e inglés). Es la única de origen iberoamericano citada junto a Medline, Science Citation Index, Embase y otras bases de renombre internacional.


** Consulte la Lista Maestra de Revistas de SIIC en www.siic.com/Imr/ListaRev.php/Imf

abdominal, examen de columna y miembros inferiores, restricción del crecimiento, hipertensión). Los 12 subcriterios se auditaron en un total de 256 niños, con un total de 3072 observaciones, de las cuales hubo adhesión en 403 (13%).

Por último, en cuanto al criterio 6, la adhesión global a éste fue del 45% (IC 95%: 39% a 52%); mientras que los niveles de cumplimiento por servicio fueron similares.

Comentan los autores que los datos de su estudio comprenden una auditoría completa de múltiples centros de atención primaria y secundaria en distintas áreas de Inglaterra y representan una visión transversal de la práctica clínica sobre el enfoque de las IU en los niños. La información obtenida pone de manifiesto deficiencias en la atención de los pacientes pediátricos con IU en comparación con las recomendaciones de las normas NICE. En especial, se constató un subdiagnóstico de IU en lactantes y niños de corta edad. Las normas NICE de IU son relativamente complejas, lo que posiblemente dificulte su implementación. Estas normas requieren que cada niño con IU sea evaluado en búsqueda de 12 factores de riesgo y las recomendaciones acerca de cuándo realizar los estudios por imágenes renales son complejas. El criterio 1 constituye uno de los estándares de calidad de las normas NICE; pero se demostró universalmente que es difícil de auditar. La mejoría de los sistemas informáticos, con adecuación de los sistemas de documentación clínica computarizados a las normas NICE, podría mejorar su implementación. Por otro lado, las normas sencillas son más fáciles de implementar. En ese sentido, los factores de riesgo se podrían condensar en 2 o 3 criterios claros y fácilmente identificables tales como: primer episodio de IU por debajo de los 3 años; 2 IU febriles en niños de mayor edad y niños de cualquier edad con vejiga palpable o síntomas vesicales crónicos.

En conclusión, se detectaron deficiencias significativas en la implementación de las normas NICE sobre el enfoque de las IU en los niños en los ámbitos de atención primaria y secundaria. Las normas NICE son complejas y difíciles de implementar. Específicamente, se detectó un subdiagnóstico de IU en lactantes y niños de corta edad como consecuencia de estas deficiencias. La complejidad de la norma probablemente haya contribuido en el fracaso de su implementación en todos los niveles de atención.

 + Información adicional en www.sii.salud.com/dato/resic.php/148111

Histerectomía por laparoscopia

ANZJOG 55(2):112-115, Abr 2015

Dunedin, Nueva Zelanda

El número de histerectomías por laparoscopia es cada vez mayor, pero su implementación ha sido lenta, con variaciones según el cirujano, el departamento de cirugía y el país, a pesar de las ventajas asociadas con esta estrategia. Algunas razones por las que no se lleva a cabo en forma generalizada son las complicaciones relacionadas, el tiempo que tarda la intervención y que se trata de un procedimiento avanzado, con una curva de aprendizaje larga y altos costos.

El objetivo del presente artículo fue revisar las razones por las que la implementación de esta

intervención ha sido lenta, y evaluar si sería recomendable impulsarla en forma activa.

Se denomina histerectomía vaginal ayudada por laparoscopia (HVAL) al procedimiento de histerectomía que en su mayor parte es llevado a cabo por vía vaginal y es realizado parcialmente por laparoscopia, mientras que en la histerectomía laparoscópica total (HLT) todas las partes del procedimiento se realizan por vía laparoscópica, incluyendo la sutura del mango vaginal, y cuando se utiliza el término histerectomía laparoscópica se puede combinar la laparoscopia con la sutura del mango vía vaginal. Estas divisiones permiten comparar los distintos métodos y vías y establecer los riesgos; por ejemplo, la división de las arterias uterinas por vía laparoscópica se asocia con mayor riesgo de lesiones del uréter, en comparación con la HVAL, en la que primero se dividen los ligamentos uterosacros por la vagina y se desplazan los uréteres hacia los laterales.

En una revisión de Cochrane de 2009 se buscó identificar el procedimiento más seguro, y se evaluaron 34 ensayos clínicos aleatorizados que incluían 4495 mujeres, en los que se comparaban en forma directa los distintos tipos de histerectomía. Se observó que la histerectomía laparoscópica se asociaba con mejores resultados posquirúrgicos, con regreso más rápido a las actividades cotidianas, menos dolor posoperatorio, menores tasas de infecciones de la herida o de fiebre, menor pérdida de sangre, altas más tempranas, mayor satisfacción de la paciente y mejor calidad de vida, en comparación con la histerectomía abdominal. Se postuló que la histerectomía laparoscópica es mejor que la vaginal en cuanto a la visualización de la anatomía, el manejo de afección anexial o abdominal, la evaluación de la endometriosis y la menor pérdida de sangre. Además, existen pruebas de que la remoción preventiva de las trompas de Falopio al momento de la histerectomía por causas benignas reduce el riesgo de tumores de ovario, pero esto depende de la destreza del cirujano, dado que algunos son capaces de llevar a cabo esta intervención por vía vaginal. Por el momento no hay pruebas contundentes de que la vía laparoscópica sea superior a la vaginal; los esfuerzos para mejorar los resultados de la histerectomía no deben estar orientados hacia el remplazo de la vía vaginal por la laparoscópica, sino a intentar que ambas vías sean más utilizadas, en comparación con la abdominal.

Una de las razones por las que la histerectomía laparoscópica es implementada lentamente es el riesgo de complicaciones, especialmente las lesiones en el tracto urinario. El daño sobre la vejiga se asoció con todos los tipos de histerectomía, y el área de la lesión depende del abordaje que se utilice: durante la HLT la incidencia sería mayor por la necesidad de movilizar la vejiga y por la selección de las pacientes (en aquellas mujeres con antecedente de cesárea y falta de descenso del útero la probabilidad de realizar este procedimiento es mayor). En un estudio de 2004 se informó que la tasa de complicaciones importantes era mayor en las mujeres sometidas a histerectomía laparoscópica, en comparación con la abdominal, y que un 25% de estas complicaciones se relacionaban con la sutura de los pedículos de las arterias uterinas.

La técnica de la HLT ha mejorado en los últimos años, y actualmente existen dispositivos

que desplazan los uréteres hacia los laterales y aíslan las arterias uterinas; además, se utilizan predominantemente métodos con bajo nivel de energía que minimizan la lesión de los tejidos adyacentes, en lugar de la sutura de las arterias uterinas. En la revisión Cochrane no se hallaron diferencias significativas en el riesgo de lesiones de uréteres cuando se comparó la histerectomía laparoscópica con otros métodos, pero sería necesario incluir más pacientes en la revisión debido a la baja frecuencia de la complicación.

La experiencia colectiva de los médicos, con intercambio de información sobre los conocimientos en entrenamiento departamental e individual y reuniones científicas, podría mejorar las tasas de histerectomía vaginal y por laparoscopia, a la vez que se reduciría el riesgo de lesiones ureterales. Además, ha habido avances en la técnica quirúrgica, dado que actualmente se suelen colocar tapas sobre el cérvix, mantenidas por balones intrauterinos o suturas, que desplazan los uréteres hacia los lados. En un estudio francés de 2007, sobre 1300 histerectomías laparoscópicas se informó que la tasa de lesión ureteral era de 0.3% (menor que la informada en investigaciones previas), y en la técnica utilizada se desviaba el útero del uréter y la arteria uterina; en ese estudio se concluyó que el riesgo es similar al de la histerectomía abdominal.


Otra de las razones por las que se considera que el riesgo de complicaciones de la laparoscopia es mayor es porque se toma como complicación la conversión a laparotomía, pero cuando un cirujano que está completando la curva de aprendizaje toma esta decisión o se está probando algún nuevo procedimiento, podría tratarse de una conducta adecuada. Si esta no es considerada una complicación importante, las tasas son de 6% y de 8% para la histerectomía abdominal y la laparoscópica, respectivamente.

Otra causa por la que la implementación es lenta es la curva de aprendizaje larga relacionada con este procedimiento, lo que afecta los tiempos de cirugía (serían 10 a 15 minutos más en comparación con la laparotomía), la pérdida de sangre, la tasa de complicaciones y los costos. Una definición de éxito en el procedimiento es el tiempo de cirugía menor de 120 minutos, menos de 200 ml de pérdida de sangre y ausencia de efectos adversos.

Los médicos de mayor edad podrían requerir, además, entrenamiento en técnicas de laparoscopia. Dentro de los programas de entrenamiento se podría capacitar a los médicos para llevar a cabo procedimientos laparoscópicos hasta de nivel 4, que incluye la HVAL, pero para realizar intervenciones más avanzadas (de nivel 5 o 6), como la HLT, podría ser necesario realizar capacitación más específica mediante becas de perfeccionamiento. A nivel internacional se ha propuesto un currículo formal de entrenamiento en endoscopia ginecológica, y se sugiere utilizar simuladores y realizar talleres para mejorar la capacitación antes de llevar a cabo la cirugía en pacientes reales.

La histerectomía abdominal sigue siendo el procedimiento de elección de muchos ginecólogos, pero en su mayoría consideran que no es una intervención satisfactoria, por lo que los autores consideran que la tasa de utilización de

esta cirugía debería ser menor del 60% actual, y menor que la tasa combinada de histerectomía laparoscópica y vaginal. Existen pruebas de que estos procedimientos nuevos se asociarían cada vez más con menores tasas de complicaciones, y serían superiores a la laparotomía, por lo que los médicos deberían intentar implementar este procedimiento más ampliamente.

 Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/resiic.php/147689

Agresión hacia los profesionales de la salud: incidencia y prevención

New England Journal of Medicine
374(17):1661-1669, Abr 2016

Boston, EE.UU.

El maltrato hacia los profesionales de la salud es frecuente en los establecimientos de salud de los Estados Unidos. Si bien en su mayor proporción se caracteriza por la agresión verbal, los casos de ataques violentos, amenazas, persecución y acoso sexual suelen suceder y ser subestimados. No obstante, resulta difícil presentar un método de estudio que establezca fehacientemente la significancia estadística del problema, de manera que dicha información sea aplicada para prevenir futuros actos de violencia, distinguiendo no sólo a las personas proclives a cometerlos, sino a sus potenciales víctimas. En la actualidad, el problema de la violencia en los centros de salud puede volverse extremo, registrándose homicidios y violaciones, lo que determina que el trabajo en el sector de la salud sea catalogado como el más propenso a sufrir agresiones de diferente índole y gravedad, sólo superado por el experimentado por los agentes encargados de aplicar o hacer cumplir la ley.

La presente revisión se centra en los distintos tipos de agresiones experimentadas por los profesionales de la salud, la incidencia en las diferentes profesiones sanitarias y la determinación de perfiles que determinan los factores de riesgo.

Han sido clasificados 4 tipos de agresión observados en los establecimientos de salud: de personas no relacionadas con el centro o sus trabajadores que están dispuestas a perpetrar delitos, por ejemplo robo (tipo I), de clientes o pacientes (tipo II), de un empleado actual o antiguo del establecimiento (tipo III) o de individuos que tienen una relación personal con un trabajador del establecimiento (tipo IV). Es importante destacar que, si bien los diferentes actos de violencia son frecuentes en el sector de salud, no se cuenta en la actualidad con estadísticas reproducibles, debido a la diferencia de criterio al evaluar los casos de violencia y a la carencia de un método experimental adecuado. Por otra parte, la aplicación de los criterios legales que describen los diferentes tipos de abusos parece ser una estrategia útil que permite estudiar el problema en su complejidad (investigadores, agentes de aplicación de la ley y encargados de establecer la normativa).

Se ha observado que las agresiones son frecuentes en estas instancias, y la prevalencia de los ataques violentos hacia el personal de los servicios de emergencia es de 80% (año 2014). Asimismo, el problema se traslada a los consultorios médicos (atención primaria y especialida-

des), pero se carece de estadísticas, a pesar de haberse registrado casos de ataques violentos e incluso homicidios. Por otra parte, en la atención médica a domicilio, los profesionales experimentan diferentes tipos de agresión con una incidencia del 61% anual (violencia familiar, robo y exposición a armas y drogas ilegales). Es importante destacar que el homicidio es la segunda causa de fallecimiento asociada con el trabajo en este grupo.

Los profesionales de la salud, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería se enfrentan diariamente a situaciones de violencia incluidas principalmente en el tipo II. En este sentido, suelen ser los enfermeros y ayudantes de enfermería los más vulnerables al ataque directo debido a su mayor exposición al paciente. Se ha registrado en la unidad de emergencia la mayor incidencia de agresión verbal (100%) y física (82.1%) hacia los enfermeros, según datos de 2002. Además, el 75% de los médicos que realizan su labor en dicha unidad han experimentado agresiones verbales, el 21% agresiones físicas, el 5% enfrentamientos directos en locaciones extrahospitalarias y el 2% persecuciones y acoso.

Otro sector con alta prevalencia de situaciones de violencia hacia los profesionales de la salud es el que atiende pacientes con enfermedades psiquiátricas. Las cifras son significativas si se considera que el 40% de los médicos psiquiatras ha experimentado agresión física y la tasa de violencia que sufren los auxiliares de psiquiatría es 69 veces superior a la tasa de violencia en el lugar de trabajo registrada a nivel nacional. Asimismo, los auxiliares de enfermería que desempeñan su actividad en centros para adultos mayores informan sobre situaciones de agresión (16% y 59%, diarias y semanales, respectivamente), principalmente en el trato con pacientes psiquiátricos que presentan demencia. En este sentido, la situación puede agravarse hasta llegar a experimentar heridas (51%) y necesitar atención médica (38%).

Asimismo, otros sectores de especialidades médicas son objeto de agresión, sin embargo, la información con la que se cuenta es escasa. Por ejemplo, un tercio de los médicos residentes en las unidades pediátricas alegan haber experimentado algún tipo de agresión.

Es importante destacar que la escasa valoración de la existencia de situaciones de violencia se debe, en parte, a que los profesionales de la salud no informan acerca de dichos incidentes. Sólo el 26% de los profesionales médicos da a conocer estos hechos, debido a que existe una concepción generalizada de que estas situaciones forman parte de su rutina y que ciertos pacientes no son responsables de sus acciones o carecen de las facultades mentales para el discernimiento. Por otra parte, el 70% de los enfermeros no informa los hechos de violencia, debido a que en cierta forma se sienten obligados a soportarlos por temor a las sanciones de sus superiores y a la falta de una solución concreta ante la complejidad legal.

El perfil de los individuos que desencadenan situaciones de violencia comprende a aquellos que presentan sus facultades mentales alteradas, lo cual se encuentra asociado con cuadros clínicos de demencia, delirio, abuso de drogas y enfermedad psiquiátrica no tratada. Asimismo,

las circunstancias socioeconómicas pueden aumentar la propensión hacia la conducta violenta en personas de bajos ingresos, que pertenecen a pandillas violentas y el fácil acceso a un arma. En este sentido, los pacientes en custodia policial han sido responsables del 29% de las balaceras en la unidad de emergencia. No obstante, se ha demostrado que la presencia de detectores de metales en los establecimientos hospitalarios no disminuye los episodios de violencia, ya que los pacientes logran introducir las armas evadiendo los controles, constituyendo esta clase de agresión sólo el 1% de la violencia de tipo II observada.

Con respecto a las agresiones experimentadas por los profesionales de la salud, son diversas las consecuencias que estos hechos conllevan, como el estrés laboral que se traduce en desgaste físico y anímico, desmotivación, incertidumbre por la inseguridad y aumento del ausentismo laboral (en los casos extremos pueden requerir asistencia médica por las heridas sufridas). De manera de prevenir la escalada de violencia, es fundamental considerar que los hechos de agresión verbal también deben ser informados a los superiores y al personal de seguridad, ya que se ha demostrado que dichos hechos son el preludeo de otras formas mayores de violencia (física).

Para poder abordar al problema es fundamental elaborar un programa que contemple a los profesionales de la salud, del personal que vela por el cumplimiento de la ley y las entidades dedicadas a los servicios de salud, de manera de detectar errores en cualquiera de los eslabones involucrados y presentar soluciones. En este sentido, resulta de vital importancia la capacitación en resolver una situación de agresión que puede intensificarse y en técnicas de defensa personal. Por otra parte, evitar el hacinamiento de las personas en los establecimientos, disminuir el recambio de los profesionales de la salud y velar por su seguridad y salud mental. En este sentido, debe haber tolerancia cero a cualquier hecho de violencia verbal o física.

La legislación aprobada para prevenir la agresión en los establecimientos de salud es necesaria, ya que penaliza la violencia hacia los profesionales de la salud. Por otra parte, el respaldo total de los superiores hacia sus trabajadores reduce en la contención de éstos ante diferentes situaciones de violencia.

El problema de la agresión recibida por el profesional de la salud en los establecimientos sanitarios es complejo, por lo que deben estudiarse modificaciones en los diferentes niveles implicados en la prevención y la solución de éstos. Con respecto a la legislación, las penas que se aplican en estas situaciones deben ser endurecidas si se considera la vulnerabilidad de los profesionales de la salud que son objeto de los hechos violentos. Además, los directivos de estos centros deben establecer mecanismos tendientes a proteger a su personal que permitan asentar con celeridad los episodios de agresión y generar las posibles soluciones. En este sentido, resulta fundamental realizar investigaciones sin sesgos en la recolección de datos, con diseños experimentales y mejoras en la generación de la información.

 Información adicional en
www.siic.salud.com/dato/resiic.php/151352

Remita su carta a expertos.siic@siicsalud.com. El estilo de redacción puede consultarse en www.siicsalud.com/instrucciones_sic_web.php

Función barorrefleja desde la clínica

Sr. Editor:



En el estudio *Función barorrefleja y variabilidad de la presión arterial evaluadas desde el consultorio clínico* se decidió evaluar la función barorrefleja mediante la maniobra de Valsalva (MV) y la

presión arterial (PA) y la frecuencia cardíaca por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y Holter, respectivamente, y a su vez validar la utilización de pruebas sencillas desde el consultorio clínico para detectar a aquellos pacientes que deben estudiarse con mayor profundidad. La MV se utiliza como un método simple de estudiar la integridad del sistema barorreflejo, y la realización de un trazado de ECG de 10 segundos y la medición de la PA al minuto y a los 5 min pos-MV puede identificar a los pacientes con respuesta cronotrópica anormal y un mayor cociente MV 5/1 min, que podría indicar un fenómeno de overshoot más prolongado por la menor sensibilidad de los barorreceptores.

En la prueba de Valsalva se le solicita al paciente que espire en un sensor bucal a una presión determinada de 40 mm Hg durante 15 segundos ininterrumpidamente. El resultado de la prueba de Valsalva es la relación o tasa entre la frecuencia cardíaca más alta durante la espiración forzada y la frecuencia cardíaca más baja después de terminada la espiración, o sea, durante la fase de recuperación, relación denominada RV.

Los barorreceptores carotídeos se descargan por la caída del volumen sistólico derivado de la disminución del retorno venoso secundario al aumento de la presión intratorácica durante la maniobra de espiración, con el consecuente ajuste simpático reflejo que incrementa la frecuencia cardíaca (taquicardia). Si bien esta prueba refleja tanto la función simpática como la parasimpática, presenta como mayor limitación su reproducibilidad, hecho que es citado por los propios autores. El procedimiento más difundido para estimar la reproducibilidad de un método de diagnóstico es calcular el coeficiente de variación. Este coeficiente de reproducibilidad es una medida no paramétrica que utiliza el percentil 75 de la RV, para determinar una zona de incertidumbre por arriba del límite de normalidad, por lo cual los pacientes con valores dentro de dicha zona deberían tener una segunda prueba de Valsalva para confirmar el diagnóstico, tal como se desprende de la tesis *Análisis de tiempo-frecuencia de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y la presión arterial* del Dr. M. Risk. Por otra parte, sería de interés utilizar tensiómetros digitales validados, pues la tendencia al "redondeo"

del observador con los aparatos aneroides podría interferir en los resultados finales.

Rodolfo La Greca

Médico, cardiólogo

Jefe de Servicio, Hospital Churrucá Visca, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

1 Salud i Ciencia 21(5):494-9, Ago 2015.

Enfermedades infecciosas desatendidas

Sr. Editor:

Durante la 68ª sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las Américas, llevada a cabo en la ciudad de Washington, DC, del 26 al 30 de septiembre pasado, se abordó la situación referida al Plan de Acción para la Eliminación de Enfermedades Infecciosas Desatendidas y las medidas posteriores a la eliminación 2016-2022.

¿A qué llama la OMS "enfermedades desatendidas"? En su página web dice: *"Estas enfermedades reciben poca atención y se ven postergadas en las prioridades de la salud pública porque los afectados carecen de influencia política. La inexistencia de estadísticas fiables también ha dificultado su atención. Entre esas enfermedades cabe destacar: dengue, rabia, tracoma causante de ceguera, úlcera de Buruli, treponemosis endémicas, lepra, enfermedad de Chagas, tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño), leishmaniasis, cisticercosis, dracunculosis, equinococosis, infecciones por trematodos transmitidas por los alimentos, filarías linfáticas, oncocercosis (ceguera de los ríos), esquistosomiasis y helmintiasis transmitidas por el suelo (gusanos intestinales). Afectan a aproximadamente mil millones de personas"*.

Todo lo expuesto y resuelto por la OMS para las Américas, debería ponernos contentos, ya que pareciera que se hará "algo" para eliminar estas enfermedades. ¿Algo? ¿Es que nunca se hizo nada? Ya es tiempo de decir las cosas, de lo contrario, por omisión y con conocimiento, pasamos a ser cómplices. Sería interesante que este comentario llegue a las más altas esferas de responsables de la conducción en Latinoamérica y el mundo, ya que entre los trópicos, donde se "desatienden" las enfermedades, vive el 50% de la población mundial.

Esperemos que no quede sólo en una "resolución" sino que realmente se actúe, y se haga "algo" para erradicarlas. Ello implica: eliminar el hambre, la desnutrición, la pobreza, generar viviendas dignas con cloacas y agua potable, educación, alimentación saludable, validar y resolver el tema del cambio climático.

Entre 2009 y 2012 presidí la Asociación Parasitológica Argentina y ofrecí asesorar sobre estos temas a diferentes responsables políticos en nuestro país, incluidos el actual Presidente y su ministro de Salud, y no ocu-

rrió nada. Entonces, es con fundamento que dudo mucho que se haga algo, y que ese "algo" sea lo correcto. Me da mucha tristeza, ya que deseo asesorar, pero quienes tienen el poder para comenzar a resolver este complejo panorama de desatención, pareciera que no quieren escuchar.

"Eliminación de enfermedades infecciosas desatendidas", algo que es muy difícil de lograr con declaraciones no vinculantes; por qué no comienzan por hacer algo para revertir situaciones de inequidad social existentes desde hace muchos siglos (ya lo decía Mazza, al hablar de la enfermedad de Chagas). Es necesario lograr que el problema se visualice adecuadamente para que se adopten las medidas correspondientes. Estas enfermedades no se eliminan sólo con una pastillita, ya que como decía el Dr. Ramón Carrillo, refiriéndose a lo complejo que es eliminar estas enfermedades: *"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causales de enfermedad, son unas pobres causas"*. Las causas de estas "enfermedades desatendidas" no son los agentes biológicos que las provocan, exclusivamente; se necesita un enfoque multidisciplinario, con una visión integral de la problemática, que aborde aspectos biosocioculturales, epidemiológicos y político-sanitarios, con énfasis en el diagnóstico y tratamiento, y con formación de recursos humanos para la atención del problema. Lo positivo.

Habría que revisar la fórmula para asignar prioridades, y recordar que la trascendencia y la visibilidad están en el numerador, por lo tanto, lo que podemos hacer es aumentar esa visibilidad para subir algún escalón entre las prioridades que se asignan a estas enfermedades, pero de verdad. La OMS prometió *"salud para todos en el año 2000"*, lo que obviamente no cumplió. Nadie niega su prestigio científico, pero tengamos en cuenta que son los malos gobiernos quienes generan desigualdad y pobreza, condiciones que, precisamente, favorecen la aparición de estas "enfermedades desatendidas".

El debate queda abierto y sólo espero que algún senador, diputado o ministro pregunte cómo hacerlo. Confío en que entre todos podamos hacer algo para ayudar a que esta Resolución CE158.R8 de la OMS se cumpla.

Dr. Sixto Raúl Costamagna

Prof. Cátedra de Parasitología Clínica

Director de Especialización en Bioquímica Clínica,

Área Parasitología, Departamento de Biología,

Bioquímica y Farmacia, Universidad Nacional del Sur,

Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

Ex presidente de la Asociación Parasitológica

Argentina (marzo 2009-octubre 2012).

Fundador de la *Revista Argentina de*

Parasitología.

Sistema SIIC de Edición Asistida (SSEA)

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.siic.com/presentacionpreliminar.php donde completarán un formulario llamado **Presentación Preliminar**. Inmediatamente luego de completar y enviar el formulario recibirán una **Carta de Invitación**.

Procesos 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 ocurriría al obtener su aprobación.

Proceso 2- Remisión del artículo

Los autores remitirán sus artículos en línea en 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.siic.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.

Comuníquenos 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, dirígala 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.

Materiales y Métodos describirá la muestra (que será de tamaño variable), el origen de los datos analizados, si es retrospectivo o prospectivo, los métodos estadísticos utilizados y la consideración de la significación estadística, en caso que corresponda.

...

Instrucciones completas en:

www.siic.info/ssea/instrucciones_sic_web.php

Ante cualquier inquietud, comuníquese por medio de Mensajes a SIIC: www.siic.com/main/sugerencia.php, al teléfono 0054-11-4342-4901 o por Fax: 0054-11-4331-3305. (Versión SSEA, n0613)

SOCIEDAD 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.siic.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 obter a aprovação.

Processo 2- Envio do artigo

Os autores enviarão seus artigos on line em 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.siic.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.siic.com/instruccoes_sic_web.php

Caso surja qualquer dúvida, comuníque-se com expertos.siic@siic.com, ou por telefone 0054-11-4342-4901; Fax: 0054-11-4331-3305 (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.siic.com/presentacionpreliminar.php and fill in the form called **Preliminary Presentation**.

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

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

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.siic.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 **"Acceso a 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.siic.com/guidelines_sic_web.php

For further information or inquiries, please contact expertos.siic@siic.com or call to telephone number (0054 11) 4342-4901; Fax: (0054 11) 4331-3305.

(SSEA version, 82814).

Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC).

Reflexión literaria de un sabio escritor

No siempre hay que sanar a los enfermos

De La medicina vista de reajo, por Chamico. Ed. Toba, Buenos Aires: 1954. Ilustración del Autor

Con el seudónimo de Chamico, Conrado Nalé Roxlo explica que la discreción del médico, lejos de agotarse en las recomendaciones del juramento hipocrático, incluye también el mandato de no suprimir algunas enfermedades imprescindibles para la tranquilidad espiritual de los pacientes.

«Los médicos jóvenes y entusiastas suelen creer que su principal misión es curar a los pacientes. En líneas generales así es, pero hasta ese divino arte de curar debe ejercerse hasta cierto punto. No quiero decir, claro está, que haya que dejar los enfermos a medio tratamiento, como quien guarda en la heladera (refrigerador) puchero de la mañana para hacer un salpicón por la noche. Nada de conservar la gallina de los huevos de oro, ni de dejar con fines inconfesables el pelo en la úlcera. Todo eso es altamente inmoral y el pelo de la úlcera está tan mal visto como un pelo en la sopa. Pero hay enfermos a los que no debe curarse en su propio beneficio.

Para discriminar en qué casos la curación debe llevarse hasta el final y en cuáles no, hace falta una inteligencia muy afinada, un sentido sutil de la observación y una penetración psicológica poco comunes. Pero en realidad lo que más falta hace es experiencia. Enfermos hay a los que debe conducirse hasta la orilla seca de la salud y otros a los que debe dejarse chapoteando en el barro de sus nanas, donde se encuentran muy a gusto. Una enfermedad crónica bien administrada puede ser para su propietario –ojo, el dueño de la enfermedad es el enfermo y no el médico– una fuente de placer tan apreciable como una linda muchacha, como una botella de whisky o como un mazo de cartas. Y un facultativo consciente y correcto no tiene ningún derecho a sacarle la querida a su paciente, ni a robarle la botella, ni a esconderle el as de espadas para que no pueda jugar al truco.



¿Qué harían ciertas señoritas ricas y sin familia si no tuvieran algunos dolores que mimar, como si fueran tiernos nietecillos? De dónde sacarían temas de conversación para sus tés? ¿Para quién se compondrían y acicalarían si no recibieran dos veces por semana la visita del médico? ¿Por qué privarlas del placer de llevar el cálculo de su glucosa?

El médico que disparara contra los pequeños males de esa dama una píldora eficaz sería tan desalmado como el muchacho que matara con su honda el tierno pajarillo que alegra la soledad del cenobita.

¿Y la cardiopatía bien compensada del padre de familia levantisca? ¿Y ese corazón salvador que permite terminar las discusiones y negar el dinero con sólo llevarse la mano al pecho y poner un poco los ojos en blanco? ¡El que lo curara, por mas cardiólogo que fuera, demostraría no tener corazón!

Se objetará que esas personas pueden simular muy bien su enfermedad después de curadas. Los que así piensan, que respondan

a esta pregunta: ¿Es moral que un médico, un hombre de ciencia, un apóstol de la verdad, se convierta en el instigador de la mentira y de la farsa, arrastrando hacia tan viles procederes a quienes les han confiado el cuidado de su salud pero también, y todo hay que decirlo, el de sus enfermedades?

Cualquier persona razonable y moral comprenderá que eso sería feo como cobrar dos veces una visita porque la casa tiene dos ascensores.

Quedamos pues en que la medicina es el arte de curar pero no siempre ni a todo el mundo”.

