

Los informes de esta sección fueron redactados con estilo periodístico por profesionales de la salud vinculados a SIIC en su condición de directores de oficinas científicas, corresponsales destacados o cronistas invitados.

Cuando el Chagas fue noticia

Dr. Rubén Storino *

Médico Cardiólogo, Dr. en Medicina
Director de la Fundación INCALP, Centro de Estudio Integral del Paciente con Enfermedad de Chagas "Dr. Miguel E. Jörg", La Plata, Argentina

Dra. Mariana Sanmartino *

Bióloga, Dra. en Ciencias de la Educación
Centro de Estudio Integral del Paciente con Enfermedad de Chagas "Dr. Miguel E. Jörg", La Plata, Argentina

* Columnistas invitados

"*Científicos argentinos crearon un nuevo tratamiento para el Chagas*", encabezaba una nota publicada en el diario Clarín el pasado 11 de junio. La "buena nueva" fue enseguida retomada por diversos medios y, por algunos días, el Chagas fue "noticia" (algo que no suele ser frecuente en nuestros medios ni en nuestros días). Sin embargo, vimos cómo el lejano y esperanzador futuro del nuevo tratamiento generaba rápidamente un fenómeno al que denominamos "el efecto mariposa en el Chagas", porque nos encontramos frente a un claro ejemplo de cómo detrás de las luces de un "descubrimiento" están las sombras que genera un discurso sensacionalista e irresponsable.

¿Por qué "el efecto mariposa en el Chagas"? Hay quienes sostienen que "el aleteo de una mariposa en Pekín puede provocar un tornado en Texas". Y también hay quienes no piensan lo que una nota sobre un "gran descubrimiento" en un laboratorio puede provocar en la vida de un lector o un espectador sensibilizado. Como si fuese necesario aclarar que las personas que tienen Chagas también leen los diarios, escuchan radio y miran televisión. Vemos con frecuencia cómo, sin miramientos, se abusa de términos que suenan sofisticados y cómo se desatiende en esos casos el efecto que las palabras pueden tener en quienes las leen o las escuchan. Somos testigos en estos días de un subestimado e inesperado "efecto mariposa" y sostenemos, sin temor a equivocarnos, que es mayor el daño que puede provocar un discurso redundante en compleja terminología científica que los beneficios de una promesa científica que aún está en fase experimental.

Peor aun cuando para enmarcar esas promesas se dice por ejemplo que a quienes tienen Chagas "el corazón les estalla". ¿Quién piensa en alguien que tiene Chagas cuando dice que "su corazón estalla"? ¿Quién piensa en la bioética y en los derechos de los pacientes cuando se hacen afirmaciones que no son ciertas dado que la mayoría (80%) de estas personas son portadores sanos que nunca tendrán afectado el corazón? (Y al restante 20%, por más que su corazón se vea afectado de distintas maneras, jamás les "estallará"). Lo que estalla es la bronca y la impotencia de los que trabajamos en silencio contra el Chagas y sin la necesidad de sensacionalismo periodístico para tener protagonismo. Lo que estalla es la indignación de ver una vez más manipulada la esperanza de quienes conviven con el Chagas.

Que no se malentienda, también soñamos con el día en que exista la cura, la vacuna, la solución definitiva, pero mientras tanto reclamamos, sobre todo, cautela y respeto: apuntando a minimizar los efectos adversos del aleteo de las palabras.

Ecocardiografía em Cuidados Intensivos Polivalentes

Dr. Paulo Alexandre Marcelino

Columnista Experto de SIIC. Asistente Hospitalar de Medicina Interna, Unidade de Cuidados Intensivos, Hospital de Curry Cabral, Lisboa, Portugal

A ecocardiografía foi-se impondo (*imponiendo*) em diversos meios (*medios*) não ligados directamente à cardiologia, especialidade de onde (*donde*) é originária. No meio específico dos Cuidados Intensivos, desde a década de 90 do século (*siglo*) passado observamos uma evolução sensível (*sensible*) no conceito (*concepto*) de aplicação da técnica, que veio desenvolver (*desarro-*

llando) um tipo de abordagem do doente (*paciente*) crítico que se caracteriza por mecanismos de decisão que não passam obrigatoriamente por quantificação exaustiva de parâmetros fisiológicos, mas que se apoia (*apoya*) no tipo de informação que a ecocardiografia disponibiliza (dispone).¹⁻⁴

A especialidade de Cuidados Intensivos deve muito a sua especificidade aos conceitos hemodinâmicos obtidos (*obtenidos*) a partir de dispositivos invasivos. A multiplicidade de dados obtidos entusiasma gerações (*entusiasmo a generaciones*) de intensivistas, que viram (*vieron*) neste instrumento um meio de monitorização (e de especialização) insubstituível (*insustituible*).

O abalo (*conmocion*) dos ensaios clínicos de meados dos anos 90, que verificaram que os doentes que recebiam um cateter de Swan-Ganz apresentavam mais mortalidade, foi enorme.^{5,6} Conferências de consenso não só não resolveram a dúvida instalada, como verificaram que a evidência científica demonstrativa dos benefícios da monitorização invasiva era, no geral, fraca (*débil*).^{7,8}

Fica por demonstrar que uma monitorização apertada (*estrecha*) de múltiplas variáveis (*variables*) é necessária e benéfica para o doente de Cuidados Intensivos. É necessário encontrar um equilíbrio que parece à partida difícil: obter informação útil sem provocar danos (*daños*) aos doentes.

A iatrogenia é uma das grandes causas de morbidade e mortalidade, em especial em ambientes de Cuidados Intensivos.⁹⁻¹¹ Encontramos 2 razões válidas para este facto (*acto*): a) existe um excesso de informação, muita dela sem ter provado benefício. Este fenómeno induz o médico a executar múltiplas intervenções, possivelmente desnecessárias; b) nas UCI's a presença do médico é durante as 24 horas.

A crise (*crisis*) de definição e utilidade da avaliação hemodinâmica tradicional abriu espaço para novos dispositivos de avaliação do doente crítico, que por vezes trazem (*traen*) consigo novos conceitos, representando uma pesquisa de alternativas à abordagem tradicional de avaliação hemodinâmica. A ecocardiografia conheceu avanços tímidos (*conoció avances timidos*) até então (*entonces*), mas foi-se afirmando como um instrumento válido em Cuidados Intensivos Polivalentes.

A informação obtida por ecocardiografia é de natureza fundamentalmente qualitativa. Não é possível utilizar esta técnica como Swan-Ganz não invasivo à cabeça do doente. O médico raciocina (*razona*) em termos de dimensões das cavidades, performance ventricular esquerda, avaliação do ventrículo direito e veia cava inferior. Podemos registar com segurança o débito cardíaco e avaliar a resposta aos fluidos. A técnica dificilmente permite a monitorização contínua de variáveis (*variables*) fisiológicas e os dados são obtidos de forma intermitente. O doente deixa (*deja*) de ser abordado na estrita perspectiva do monitor.

Assim, o ecocardiografista estabelece critérios definidos de avaliação (informação a obter) e end-points diagnósticos ou terapêuticos definidos, não condicionando a abordagem do doente às pressões (*presiones*) intracardíacas ou às variáveis de oximetria. Actualmente não existe nenhum (ningún) estudo que demonstre a superioridade de qualquer dispositivo diagnóstico relativamente a outros. Ou seja, o grande número de variáveis a que o médico tem acesso com os dispositivos invasivos não se repercute na mortalidade dos doentes.

Esta abordagem rompe com preconceitos instalados no meio da Medicina Intensiva, muitos deles sem qualquer fundamento de evidência adequada, e este facto tem dificultado a divulgação da técnica entre os intensivistas. A nossa actividade de investigação clínica permitiu produzir protocolos de actuação concretos e adaptados à realidade do doente crítico.¹²⁻¹⁸ Actualmente, a hemodinâmica invasiva já não é praticada na nossa UCI.

Novos programas de formação, na qual estamos de momento empenhados (*empeñados*), e acções (*acciones*) de divulgação ajudarão (*ayudarán*) a implementação da técnica.



Bibliografía

1. Jardin F, Valtier B, Beauchet A, Dubourg O. Invasive monitoring combined with two-dimensional echocardiographic study in septic shock. Intensive Care Med 20:550-554, 1994.

2. Jensen MB, Sloth E, Larsen KM, Schmidt MB. Transthoracic echocardiography for cardiopulmonary monitoring in intensive care. *Eur J Anaesthesiology* 21:700-707, 2004.
3. Joseph MX, Disney PJS, Da Costa R, et al. Transthoracic echocardiography to identify or exclude cardiac cause of shock. *Chest* 126:1592-1597, 2004.
4. Kaul S, Stratienco AA, Pollock SG et al. Value of two-dimensional echocardiography for determining the basis of hemodynamic compromise in critically ill patients: a prospective study. *J Am Soc Echocardiogr* 7:598-606, 1994.
5. Connors AF, Speroff T, Dawson N et al. The effectiveness of right heart catheterization in the initial care of critically ill patients. *JAMA* 276:889-897, 1996.
6. Hayes MA, Timmins AC, Yau EH et al. Elevation of systemic oxygen delivery in the treatment of critically ill patients. *N Eng J Med* 330:1717-1722, 1994.
7. Mueller HS, et al. Present use of right heart catheterization in patients with cardiac disease. ACC expert Consensus Conference. *JAMA* 32:840-868, 1998.
8. Taylor RW, et al. Pulmonary artery consensus conference: consensus statement. *Crit Care Med* 25:910-942, 1997.
9. Marshall JC. Iatrogenesis, inflammation and organ failure: insights from a murine model. *Crit Care* 10:173, 2006.
10. Rotchild JM, Landigran CP, Cronin JW et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 33:1694-1700, 2005.
11. Singer M. The key advance in the treatment of sepsis in the last 10 years... *ditiong less. Crit Care* 10:122, 2006.
12. Marcelino P, Silva MR, Guimarães R, Ribeiro JP, Mota JA. Transesophageal echocardiography in patients treated with ventilation at a polyvalent intensive care unit. *Rev Port Cardiol* 16:259-263, 1997.
13. Marcelino P, Frade F, Marum S et al. Cardiac Doppler variation with volume status changes in General Intensive Care. *Rev Port Cardiol* 23:183-196, 2004.
14. Marcelino P, Germano N, Marum S et al. Hypotension and shock due to haemorrhage: A prospective study using transthoracic echocardiography. In: Heinz Redl, Proc 11th Congress Eur Shock Soc, eds. Bologna, Italy: Intenational Proceedings, Medimond pp. 43-46, 2005.

Actitud sexual riesgosa de la juventud sueca

Dra. Margareta Larsson

Corresponsal destacada de SIIC
RNM, PhD Ass. Prof. Department of Women's and Children's Health,
Uppsala University, Uppsala, Suecia

La tasa de abortos entre las adolescentes suecas ha aumentado durante los últimos diez años y fue de 25.4/1 000 mujeres en 2006.¹ Una explicación de la creciente cantidad de abortos entre las adolescentes es la baja tasa de natalidad entre ese grupo etario en Suecia, que en la actualidad es la más baja del mundo.²⁻³ De acuerdo con algunos estudios cualitativos, tanto los hombres como las mujeres jóvenes han adoptado actitudes negativas hacia la paternidad adolescente y si se enfrentaran con un embarazo no deseado un aborto inducido sería la elección natural para la mayoría de ellos.⁴⁻⁵ No es sorprendente que un estudio entre mujeres que solicitaban abortos indicara que las adolescentes habían utilizado con menor frecuencia la anticoncepción que las mujeres de mayor edad en relación con la concepción.⁶

Desde 1995, también aumentaron las infecciones de transmisión sexual (ITS) entre los adolescentes de Suecia. La incidencia de infección por *Chlamydia* fue de 357 por 1 000 habitantes en 2006, uno de los niveles más altos informados en Suecia desde 1990.⁷ La edad media de primera relación sexual parece mantenerse estable alrededor de los 16 años, según varios estudios, pero otras prácticas sexuales parecen haber cambiado con el tiempo.⁸⁻¹² Algunas investigaciones realizadas entre estudiantes de sexo femenino con una edad media de 23 años mostraron un aumento de la cantidad de parejas que habían tenido: desde 5.4 en 1999 hasta 7.4 en 2004.¹³ Esta tendencia también fue comunicada en una serie de estudios iniciados por la amenaza del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en 1989 y se repitió luego cada cinco años.¹⁴ El sexo ocasional es más riesgoso desde el punto de vista de las ITS; el porcentaje de hombres y mujeres jóvenes que informan tener relaciones sexuales en la primera cita ha aumentado con el tiempo, sobre todo entre las mujeres.¹⁴ Una investigación entre más de 300 estudiantes del ciclo secundario de 17 años mostró que más del 50% de los estudiantes habían experimentado relaciones sexuales en la primera cita,¹⁵ y el 45% de las estudiantes de sexo femenino informó relaciones sexuales en la primera cita sin utilizar un preservativo en 2004, en comparación con un 37% en 1999.¹³

Algunos estudios cualitativos entre adolescentes mostraron un punto de vista liberal sobre el sexo ocasional y un uso deficiente

de los métodos anticonceptivos.^{4,5} Se consideraba que los preservativos eran costosos, sugerirlos era motivo de vergüenza y su uso era difícil aun cuando los adolescentes sabían bien que protegían tanto contra las ITS como del embarazo.¹⁶ Seis de cada diez consideraban que colocarse un preservativo alteraba el acto sexual y hasta el 88% pensaba que el sexo era mejor sin uno.¹⁵ Los hombres adolescentes aseguraban que ellos esperaban que la mujer sugiriera el uso de un preservativo, mientras que las mujeres preferían asumir el riesgo en lugar de mostrar falta de confianza en su pareja por sugerir el uso de un preservativo.¹⁷

La educación sexual tiene una larga tradición en Suecia y es responsabilidad de todos los directores de las escuelas. En 1999 se realizó una evaluación de la educación sexual, que mostró grandes diferencias en la calidad y se recomendó mejorarla.¹⁸ En 2001, se publicó una investigación de cómo se presentaba la política sexual sueca en los textos oficiales¹⁹ que señaló una diferencia interesante entre los sexos. Se describía a los hombres como inmanejables y poco confiables y a las mujeres como expuestas y con necesidad de soporte y ayuda. Esta podría ser una explicación de por qué los métodos anticonceptivos, el asesoramiento y la educación se concentran principalmente en las mujeres. Algunos estudios cualitativos entre los adolescentes mostraron que, si bien en teoría ambos sexos tienen igual responsabilidad con el uso de anticonceptivos, en realidad las niñas asumen la principal responsabilidad.^{4,5}

El punto de vista liberal en Suecia sobre la sexualidad adolescente ha conducido a muchos esfuerzos de la sociedad para guiar y preparar a los jóvenes hacia una vida sexual segura y responsable. Ya se ha mencionado la educación sexual. Otras medidas implementadas y que han tenido gran difusión han sido los Centros Clínicos para la Juventud, que cuentan entre su personal con trabajadores de la salud, como obstetras y trabajadores sociales. Los anticonceptivos son subsidiados por los Concejos de la mayoría de los condados y todos los servicios de asistencia de la salud que incluyen los abortos inducidos son gratuitos para los adolescentes. Las enfermeras escolares desempeñan un papel importante en la educación sanitaria y la promoción de la salud y en la provisión de medidas preventivas como la inmunización. Sin embargo, la salud sexual no ha sido aún considerada un área prioritaria en Salud Escolar, lo cual podría ser necesario reconsiderar.



Bibliografía

1. Abortions 2006. Official Statistics of Sweden: The National Board of Health and Welfare. Centre for Epidemiology, 2006.
2. Santow G, Bracher M. Explaining trends in teenage childbearing in Sweden. *Stud Fam Plann* 30:169-82, 1999.
3. Danielsson M, Rogala C, Sundstrom K. Few teenage pregnancies in Sweden—a comparison between five Western industrialized countries. Support from and attitudes in the society explain the differences. *Läkartidningen* 100:2063-6, 2003. (In Swedish)
4. Ekstrand M, Larsson M, Von Essen L, Tyden T. Swedish teenager perceptions of teenage pregnancy, abortion, sexual behavior, and contraceptive habits—a focus group study among 17-year-old female high-school students. *Acta Obstet Gynecol Scand* 84:980-6, 2005.
5. Ekstrand M, Tydén T, Darj E, Larsson M. Male perceptions on abortion, adolescent fatherhood, sexual behavior and contraceptive habits - a focus group study among 17-year old Swedish teenage boys. *Eur J Contracept and Reprod Health Care*, in press.
6. Larsson M, Aneblom G, Odland V, Tyden T. Reasons for pregnancy termination, contraceptive habits and contraceptive failure among Swedish women requesting an early pregnancy termination. *Acta Obstet Gynecol Scand* 81:64-71, 2002.
7. Swedish Institute for Infectious Disease Control. Surveillance Statistics. Genital Chlamydia infection www.smittskyddsinstitutet.se; 2006.
8. Lewin B FMK, Helmius G, Lalos A, Månsson S-A. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige. Stockholm: The National Institute for Public Health, 1998. (In Swedish)
9. Edgardh K, Lewin B, Nilsson BR. Sexual experience and behaviour as reported by 17-year-old girls and boys in Sweden. *Scand J Sexol* 2:41-60, 1999.
10. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *J Adolesc Health* 30:288-95, 2002.
11. Edgardh K. Sexual behaviour in a low-income high school setting in Stockholm. *Int J STD AIDS* 13:160-7, 2002.
12. Häggström-Nordin E, Hanson U, Tyden T. Association between pornography consumption and sexual practices among adolescents in Sweden. *International Journal of STD & AIDS* 16:102-7, 2005.
13. Larsson M, Tydén T. Increased sexual risk taking behavior among Swedish female university students - repeated cross sectional surveys. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 85:966-70, 2006.
14. Herlitz C. Allmänheten och HIV/AIDS, kunskaper attityder och beteenden 1989-2004. Stockholm: The National Institute of Public Health, 2004. (In Swedish)