

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

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

6 meses.¹⁰ Las guías norteamericanas¹¹ y las guías europeas,¹² en relación con los antitrombóticos, señalan que una duración breve de DAP después de la ATC en pacientes estables con cardiopatía isquémica, es razonable para reducir el riesgo de eventos hemorrágicos. Recientemente, un grupo de trabajo europeo sobre antitrombóticos en individuos mayores de 75 años abordó el tratamiento médico del SCA sin elevación del segmento ST con DAP.^{13,14} en diferentes escenarios clínicos.

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



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

Raúl Barcudi

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

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

Bibliografía

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

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

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

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

Diferencias de género en el sector salud

Sr. Editor:

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

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

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

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

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



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

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

Bibliografía

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

Núcleo amigdalino en la ansiedad y en la depresión

Sr. Editor:

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

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

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

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



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

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

Bibliografía

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