

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 secreta 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.

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

Depresión bipolar

Sr. Editor:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Bibliografía

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

Estatinas de intensidad alta

Sr. Editor:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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