

M E D I C I N A



el acinetobacter». Esta bacteria es una de las que más preocupan actualmente a los microbiólogos e infectólogos, pero hay otras igualmente peligrosas. En un listado de las más buscadas no podrían faltar:

► **Acinetobacter baumannii.** Es un patógeno resistente a diversas familias de antibióticos que es capaz de sobrevivir en lugares como las paredes de los catéteres que se introducen a los pacientes e incluso en los antisépticos. Afecta sobre todo a los individuos más débiles, y especialmente a los que se encuentran en la UCI. Según una revisión publicada recientemente en *The New England Journal of Medicine*, sus principales manifestaciones clínicas son la neumonía asociada al uso de respiradores y las infecciones sanguíneas.

► **Staphylococcus aureus.** Las cepas de esta bacteria que más inquietan hoy en día son las resistentes a la meticilina. Las que han dejado de ser susceptibles a la vancomicina siguen siendo muy escasas y, de momento, no han hecho su aparición en España. En EEUU, la aparición en 2002 del primer caso de infección que no respondía a dicho antimicrobiano fue visto como un punto de inflexión. Por primera vez, se constató empíricamente que lo impensable era posible. A ambos lados del Atlántico, la epidemiología del estafilococo está cambiando. El hospital ha dejado de ser el único lugar de origen de la infección, aunque la mayoría de los afectados ha tenido algún contacto previo con el sistema sanitario.

► **Pseudomonas aeruginosa.** Es otro de los microorganismos que más afecta a los pacientes críticos. De forma más específica, están especialmente predisuestas a esta infección las personas que padecen la enfermedad pulmonar conocida como fibrosis quística. Según un estudio publicado el año pasado, el patrón de susceptibilidad de este microbio cambió en España entre 1998 y 2003, incrementándose las resistencias frente a las familias de antibióticos conocidas como fluorquinolonas y carbapenemas.

► **Clostridium difficile.** Es el principal responsable de diarrea asociada al uso de antibióticos en el medio hospitalario. En los últimos años se ha notificado un incremento en su incidencia y gravedad, no sólo en centros sanitarios, sino también de forma extrahospitalaria en personas no consideradas en riesgo. Este aumento se ha relacionado con la aparición de una cepa hipervirulenta.

► **Enterobacterias.** Al igual que muchas otras bacterias, con frecuencia residen en el hombre sin causar enfermedad. En este caso, su lugar predilecto es el colon. En los últimos tiempos constituyen un problema creciente las enterobacterias productoras de unas enzimas conocidas como betalactamasas de espectro extendido. La principal consecuencia de la expansión de estas cepas ha sido la pérdida de eficacia de la hasta ahora principal familia de antibacterianos usados en las infecciones graves: las cefalosporinas de tercera y cuarta generación.

a todos los antibióticos son raras. Cuando aparece alguna, temblamos para que no se extienda».

El proceso de fortalecimiento de los patógenos se puede ralentizar evitando el uso masivo de antimicrobianos, algo que ha sido objeto de diversas campañas de educación sanitaria dirigidas a la población. Los médicos también están cada vez más concienciados de la necesidad de usar los antibióticos racionalmente.

Juan José Picazo, jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Clí-

HACEN FALTA VACUNAS

- El impulso de la investigación también debería extenderse a las vacunas. Esta estrategia preventiva, además de contribuir a diversificar las opciones actuales, ayuda a reducir las resistencias a los antibióticos.
- La inmunización, al ser un método de protección permanente, reduce el uso de medicamentos, lo que da menos opciones a las bacterias para mutar y hacerse fuertes.
- En el caso del neumococo, desde que está disponible la vacuna las resistencias a antibacterianos «han bajado de forma drástica», expone Juan José Picazo. «Hemos pasado de un 40% a un 14% de no sensibilidad a la penicilina», añade el microbiólogo.
- No abundan los trabajos en esta línea para cortar de raíz las infecciones más temidas en las UCI de los hospitales, pero algo se está haciendo. Por ejemplo, se investigan vacunas para el *Staphylococcus aureus*.

co San Carlos de Madrid, manifiesta la importancia de que ciertos medicamentos sean empleados únicamente como rescate. «Algunos antibióticos, como el imipenem o la tigeciclina, no deben ser administrados como primera línea de tratamiento», asegura. «Se reservan porque son muy eficaces frente a patógenos multirresistentes, como

NEUROLOGÍA

Demencia, un término a olvidar del léxico médico

ES LA PROPUESTA LANZADA ESTA SEMANA EN UNA REVISTA CIENTÍFICA. SUGIERE ERRADICAR ESTA PALABRA DEL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS NEUROLÓGICOS POR SU SENTIDO PEYORATIVO Y ESTIGMATIZANTE

ISABEL PERANCHO
Términos como loco, idiota, lunático o mongolo ya no se utilizan en psiquiatría. Esta disciplina ha ido desembarazándose de las palabras política y médicamente incorrectas utilizando vocablos específicos para designar los distintos trastornos mentales sin mancillar ni degradar a sus afectados. Así, actualmente nadie osaría utilizar la expresión mongolismo para referirse al síndrome de Down. Pero el término demencia sigue empleándose con profusión en muchas consultas para referirse a un amplio grupo de síntomas comunes a varios trastornos neurológicos. Y, desgraciadamente, para el ciudadano de a pie este diagnóstico puede tener un alto potencial destructivo.

Esto es lo que opinan los autores de un peculiar artículo, publicado esta semana en *Archives of Neurology*, en el que el cuidador de una paciente afectada y un neurólogo repasan el impacto social y personal de lo que consideran «uno de los peores epítetos»: que a uno le tilden de demente.

«El uso vulgar de este término [...] puede fácilmente robar a los pacientes su humanidad a los ojos de otros y de los suyos mismos. Puede estigmatizar y aislar, hacer a los demás reacios, si no abiertamente temerosos, a tener trato con esas personas. [...] Es una palabra sin esperanza y ésta es una herramienta crucial cuando hay que enfrentarse con una enfermedad devastadora», justifican.

SUSTITUTOS

Tal es el efecto nocivo que atribuyen al vocablo que proponen abiertamente erradicarlo del léxico diagnóstico, al igual que ha ocurrido con la palabra loco para referirse a los trastornos psiquiátricos o el término mongolo, cuya desaparición fue fruto de la intensa labor educativa y de lobby de varios grupos de apoyo. «Es hora de demostrar la misma sensibilidad hacia las alteraciones cognitivas y de memoria», defienden.

Así, invitan a reemplazarlo por enfermedad. Por ejemplo, la demencia frontotemporal pasaría a ser enfermedad frontotemporal y la demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad con cuerpos de Lewy.

No son los únicos que apoyan esta tesis. José Manuel Martínez-Lage, profesor honorario de Neurología de la Universidad de Navarra, coincide en que «el término demencia debería ser sustituido por uno menos marginante». Él ha propuesto, aunque reconoce que «sin éxito», hablar de «dismencia».

En Japón, país donde la corrección léxica es una exigencia, ya se ha cambiado oficialmente la palabra *chichou* (demencia), conside-

rada peyorativa, por *ninchishou*, que significa déficit de funciones cognitivas. Hay quien va más lejos. El neurólogo estadounidense Peter Whitehouse postula desterrar la etiqueta de enfermedad de Alzheimer y sustituirla por envejecimiento cerebral patológico.

José Luis Molinuevo, coordinador de la Unidad de Alzheimer del Hospital Clínic de Barcelona, opina que las palabras tienen el significado que uno les quiere atribuir: «Si hay una explicación certera de lo que es la demencia se van muchos de los prejuicios». Cree que a la gente «le paraliza más el término Alzheimer que demencia».

La cuestión de la corrección lingüística cobra cada vez más importancia en el ámbito de la salud.

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (Ceafa) trabaja desde hace meses en este punto. Como explica su director ejecutivo, Jesús Rodrigo, «hemos eliminado conceptos peyorativos en nuestras comunicaciones. Ya no hablamos de enfermo de Alzheimer, sino de persona que sufre la enfermedad. Hay que dignificar al afectado y a su familia». Rodrigo no es partidario de ser «quisquilloso» con el lenguaje, pero sí correcto. «No me parece mal que se suprima el término demencia», dice. «¿Tendrán que cambiar el nombre de la confederación? «De hecho, ya lo estamos debatiendo para eliminar la palabra enfermo». Tal vez borren las demencias.



El 60% de los pacientes con demencia sufre Alzheimer. / DIGITAL BANK

Los antiinflamatorios, otra promesa anti Alzheimer que cae

Confirmado. Tomar analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el celecoxib y el naproxeno, no protege frente al deterioro cognitivo característico de los inicios de la enfermedad de Alzheimer. Aunque en estudios de observación se había visto una menor incidencia de la dolencia en las personas que usaban este tipo de medicación, una investigación que ha comparado durante tres años la evolución de un grupo de más de

2.000 mayores de 70 años con antecedentes de la enfermedad pero sin síntomas neurológicos ha demostrado que no había diferencias entre aquellos que tomaban AINE y los que no lo hacían. El trabajo, financiado por el Instituto Nacional del Envejecimiento de Estados Unidos y publicado en la edición *on line* del *Archives of Neurology*, cuestiona la teoría inflamatoria como causa probable de ciertos trastornos

neurodegenerativos y ratifica los resultados preliminares que evidenciaron que estos fármacos no prevenían el desarrollo del Alzheimer. Ahora, además, se ha visto que tampoco detienen el deterioro de las funciones cognitivas e, incluso, uno de ellos (naproxeno) podría tener el efecto contrario. Celecoxib se asoció, además, a un mayor riesgo cardiovascular, motivo por el que se interrumpió el estudio.