

CARTAS AL EDITOR

Cadexómero yodado en el tratamiento de las biopelículas bacterianas de las úlceras crónicas

Señor editor: Las úlceras crónicas representan un problema de salud pública ya que disminuyen la calidad de vida y generan dolor y comorbilidades. Las biopelículas bacterianas están presentes en la mayoría de dichas úlceras, y la evidencia sugiere que estas biopelículas contribuyen a la cicatrización tardía. Por ello, en estudios recientes se ha sugerido la aplicación de cadexómero yodado para combatir las biopelículas debido a su eficacia antimicrobiana.¹

En 2019, Malone y colaboradores¹ analizaron la efectividad del cadexómero en 18 úlceras con biopelículas durante dos y seis semanas. El cadexómero resultó efectivo en 78%, con lo que se logró una reducción microbiana significativa, independientemente de la duración del tratamiento.

Ese mismo año, Raju y colaboradores² compararon la eficacia de dos formulaciones de cadexómero con la atención estándar. Fueron aleatorizados 124 pacientes: 0.9% pomada de cadexómero más cuidado estándar (n=41), 0.9% polvo de cadexómero más cuidado estándar (n=43) y cuidado estándar (n=40). La reducción del tamaño fue mayor con cadexómero, pomada (94.3%±10.6%)

y polvo (90.4%±14.9%), en comparación con la atención estándar sola (67.8%±21.8%).

Años antes, Schwartz y colaboradores³ analizaron el efecto del cadexómero en 16 úlceras infectadas durante seis semanas. Hubo una reducción de 53.6% en el área de superficie y de 50% en la profundidad de la úlcera desde el inicio hasta el final.

Por su parte, Malone y colaboradores⁴ analizaron el rendimiento del cadexómero en 17 úlceras crónicas con biopelículas. Once participantes exhibieron reducciones microbianas significativas tras el cadexómero en comparación con seis que experimentaron una reducción menor no significativa.

Asimismo, Nherera y colaboradores⁵ analizaron la rentabilidad del cadexómero más vendaje de alta compresión (SC), en comparación con SC solo (tratamiento estándar). El coste del primer tratamiento fue de 7.259 USD en comparación con 7.901 para SC solo (había un ahorro de 643 USD a favor del cadexómero). Más pacientes tratados con cadexómero (61%) tuvieron sus úlceras curadas, en comparación con 54% tratados con SC solo. El cadexómero es rentable y más eficaz que el SC.

Tras analizar los estudios expuestos se puede observar el potencial del cadexómero para combatir las biopelículas bacterianas. Dicho tratamiento puede acelerar la cura-

ción, aumentar la calidad de vida y es rentable económicamente.

Sin embargo, aunque la evidencia parezca mostrar resultados positivos, la pequeña cantidad de investigaciones y el escaso número de muestra no es suficiente para establecer recomendaciones generalizadas. Por ello, se necesita incrementar las investigaciones para examinar la eficacia y las posibles complicaciones a largo plazo. De esta forma, el personal sanitario podrá ofrecer los mejores cuidados basados en las últimas evidencias científicas.

Sandra Martínez-Pizarro, Enf.⁽¹⁾
mpsandrita@hotmail.com

(1) Hospital comarcal La Inmaculada.
Huércal-Overa, Almería, España.

<https://doi.org/10.21149/11288>

Referencias

1. Malone M, Schwarzer S, Radzieta M, Jeffries T, Walsh A, Dickson HG, et al. Effect on total microbial load and community composition with two vs six-week topical Cadexomer Iodine for treating chronic biofilm infections in diabetic foot ulcers. *Int Wound J*. 2019;16(6):1477-86. <https://doi.org/10.1111/iwj.13219>
2. Raju R, Kethavath SN, Sangavarapu SM, Kanjarla P. Efficacy of cadexomer iodine in the treatment of chronic ulcers. *Wounds*. 2019;31(3):85-90 [citado febrero 24, 2020]. Disponible en: <https://www.woundsresearch.com/article/efficacy-cadexomer-iodine-treatment-chronic-ulcers-randomized-multicenter-controlled-trial>
3. Schwartz JA, Lantis JC, Gendics C, Fuller AM, Payne W, Ochs D. A prospective, non comparative, multicenter study to investigate the effect

of cadexomer iodine on bioburden load and other wound characteristics in diabetic foot ulcers. *Int Wound J*. 2013;10(2):193-9. <https://doi.org/10.1111/j.1742-481X.2012.01109.x>

4. Malone M, Johani K, Jensen SO, Gosbell IB, Dickson HG, McLennan S, et al. Effect of cadexomer iodine on the microbial load and diversity of chronic non-healing diabetic foot ulcers complicated by biofilm in vivo. *J Antimicrob Chemother*. 2017;72(7):2093-101. <https://doi.org/10.1093/jac/dkx099>

5. Nherera LM, Woodmansey E, Trueman P, Gibbons GW. Estimating the clinical outcomes and cost differences between standard care with and without cadexomer iodine in the management of chronic venous leg ulcers using a Markov model. *Ostomy Wound Manage*. 2016;62(6):26-40 [citado febrero 27, 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/304629791_Estimating_the_Clinical_Outcomes_and_Cost_Differences_Between_Standard_Care_With_and_Without_Cadexomer_Iodine_in_the_Management_of_Chronic_Venous_Leg_Ulcers_Using_a_Markov_Model

Trastornos psiquiátricos y su asociación con el ciberacoso en una muestra de adolescentes mexicanos

Señor editor: El ciberacoso se define como el comportamiento agresivo, repetido y deliberado que realiza uno o más individuos mediante tecnologías de comunicación, con la intención de causar daño o exclusión social a la víctima.¹ Publicaciones extranjeras recientes muestran la asociación del ciberacoso con la psicopatología,² pero en México faltan estudios.

Se realizó una encuesta con adolescentes (N=351) con un rango de edad de 11 a 17 años (53.3% mujeres), edad promedio de 13.49 años (DE 1.0). Mediante el cuestionario de Valoración Escolar de Acoso (VEA), se investigó el acoso tradicional y cibernético,³ mientras que con la lista de verificación de comportamiento infantil (CBCL, por sus siglas en inglés) se evaluó la psicopatología.

Se realizó una prueba ji cuadrada y se calculó la razón de momios (RM) entre el resultado dicotómico (rango

clínico vs. normal) de las subescalas de la CBCL/6-18 y el estatus de ciberagresor, cibervíctima y ciberagresor-víctima, y los neutros como grupo de referencia.

La frecuencia del ciberacoso fue de 23.9% (femenino: 64%, masculino: 36%). La frecuencia por rol de ciberacoso mediante el autorreporte fue 13.1% cibervíctimas (femenino: 73.9%, masculino: 26.1%), 4.3% ciberagresores (femenino: 53.3%, masculino: 46.7%); y 6.6% cibervíctimas-agresores (femenino: 52.2%, masculino: 47.8%). Las adolescentes fueron 2.8 veces más vulnerables de ser cibervíctimas en comparación con los varones (IC95%: 1.41-5.69) ($p=0.003$).

La prevalencia de ciberacoso en nuestro estudio se aproxima a la estimación nacional de 24.5% de la encuesta del Módulo sobre Ciberacoso 2015 (Mociba),⁴ y dentro del rango de prevalencia (12-22%) estimada para países latinoamericanos. Además, la tasa de cibervictimización fue más frecuente que la tasa de ciberacoso (13.1 vs. 4.3%). Demostramos que las niñas son principalmente cibervíctimas, lo que confirma al sexo femenino como predictor de cibervictimización.⁵ También mostramos que existe traslape entre el acoso tradicional y el ciberacoso, lo que apoya la idea de que el ciberacoso es una posible extensión del acoso tradicional.

Nuestros resultados sugieren que los adolescentes cibervíctimas tienen más problemas de atención que el grupo neutro; los ciberagresores fueron tres veces más propensos a presentar problemas de atención, internalizados y afectivos. Los cibervíctimas-agresores tuvieron asociación con problemas de quebranto de reglas externalizados y conducta.

La intervención para el ciberacoso debe incluir una evaluación psiquiátrica y el tratamiento de los trastornos psiquiátricos identificados.

Yassel Flores-Rodríguez, MD,⁽¹⁾
avellanafr@hotmail.com

Olga Martínez-Aguilar, MD,⁽²⁾

Liliana Guadalupe Tapia-Guillen, MD,⁽³⁾

Marco Antonio Solís-Bravo, MD,⁽³⁾

Aymara Gatica-Hernández, MD,⁽⁴⁾

José Juan Escoto-López, MD,⁽⁵⁾

Tania Lucila Vargas-Rizo, MD,⁽⁶⁾

Luis Alberto Salinas-Torres, MD,⁽⁶⁾

Enrique Navarro-Luna, MD,⁽⁴⁾

Lilia Albores-Gallo, MD, PhD.⁽³⁾

(1) Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. Estado de México, México.

(2) Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco. Ciudad de México, México.

(3) Investigación en Epidemiología Clínica y Comunitaria, Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro. Ciudad de México, México.

(4) Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz. Ciudad de México, México.

(5) Centro Integral de Salud Mental. Ciudad de México, México.

(6) Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc. Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/11308>

Referencias

1. Smith PK. Bullying: Definition, types, causes, consequences and intervention: bullying. *Soc Personal Psychol Compass*. 2016;10(9):519-32. <https://doi.org/10.1111/spc3.12266>
2. Jo MJ, Lee JY, Sung M, Song SH, Lee YM, Lee JJ, et al. Psychopathology associated with cyberbullying among middle school students. *J Korean Neuropsychiatr Assoc*. 2015;54(2):245-51. <https://doi.org/10.4306/jknpa.2015.54.245>
3. Romero-Cruz B, Albores-Gallo L. Validación de la escala Valoración Escolar del Acoso. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Módulo sobre ciberacoso MOCIBA 2015. Principales resultados 2016 [internet]. Ciudad de México: INEGI, 2015 [citado 21 abril, 2020]. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/promo/mociba2015_principales_resultados.pdf
5. Sourander A, Klomek AB, Ilkonen M, Lindroos J, Luntamo T, Koskelainen M, et al. Psychosocial risk factors associated with cyberbullying among adolescents: A population-based study. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(7):720-8. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.79>

Factores de riesgo en pacientes con tuberculosis pulmonar y extrapulmonar en un hospital de concentración de la Ciudad de México

Señor editor: La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública, considerada una emergencia mundial por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹ En 2017, México presentó 23 000 casos, 80% de localización pulmonar y 20% extrapulmonar. Las localizaciones extrapulmonares son ganglionar, pleural, urogenital, meníngea y miliar. Entre los factores de riesgo están la convivencia con pacientes con TB, desnutrición, hacinamiento, tabaquismo, alcoholismo, VIH/SIDA y diabetes mellitus (DM).²

En el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga se realizó un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles del año 2012 al 2016. Los casos nuevos fueron diagnosticados por tinción Z-N y cultivo L-J, e iniciaron su tratamiento referidos a una unidad de primer nivel de atención y, en caso de complicaciones, fueron contrareferenciados. Para

el análisis estadístico se empleó un modelo de regresión logística condicional múltiple y se conformaron dos grupos: a) casos positivos con 420 pacientes (TB pulmonar 235 y extrapulmonar 185) y b) controles con 840 pacientes pareados por edad y sexo, con enfermedad no infecciosa.

Del grupo con TB pulmonar, 60% (141) fue del sexo masculino y 40% (94) del femenino. El promedio de edad fue de 45.8 años, rango de 13 a 81 años. Hubo asociación significativa en convivientes (RM 47.3, $p=0.000$), DM (RM 9.1, $p=0.000$) y alcoholismo (RM 3.4, $p=0.003$). En los 185 pacientes con TB extrapulmonar, el promedio de edad fue de 42.4 años, con rango de 12 a 84 años y se observó una asociación significativa de convivientes con TB (RM 52.8, $p=0.000$) y tabaquismo (RM 2.6, $p=0.001$) (cuadro I).

El antecedente VIH/sida estuvo en 25% de los casos, 80.8% del sexo masculino y 19.2% femenino, con edad promedio de 34 años. El grupo más afectado fue el de 25 a 29 años. Las formas extrapulmonares predominaron en 63% de las personas con VIH.

El alcoholismo en pacientes con TB pulmonar fue de 35% (RM: 3.4) y en TB extrapulmonar de 30%. El uso

de drogas en TB pulmonar fue de 5%.

El tabaquismo se relaciona con riesgo de 2 a 3 veces de padecer TB y es proporcional al número de cigarrillos fumados.³ Se encontró como factor de riesgo para pacientes que desarrollaron TB extrapulmonar en 30% (RM: 2.6).

La DM es factor de riesgo importante en 28% de los pacientes con TB pulmonar, mientras que en pacientes con TB extrapulmonar se reportó en 17%. En cuanto a la TB extrapulmonar, se encontró como factor de riesgo la convivencia con pacientes con diagnóstico de TB (RM: 52.80).

En nuestra serie, 25% de los casos presentó VIH/sida, el sexo masculino fue el más afectado y la forma de TB extrapulmonar que predominó fue meníngea en 45%.

Los casos nuevos y los grupos con mayor riesgo como los portadores de DM deben ser identificados y atendidos en el primer nivel de atención, incluso los multirresistentes bien asesorados por expertos. Los centros hospitalarios deben atender casos complicados no resueltos, teniendo un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia y una apropiada vinculación con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCTB).^{4,6}

Cuadro I

MODELOS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA CONDICIONAL Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR DURANTE 2012-2016 EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO DR. EDUARDO LICEAGA. CIUDAD MÉXICO

Factor de riesgo	Razón de momios	Error estándar	Valor p	(Intervalo de confianza al 95%)	
Tuberculosis pulmonar					
Convivencia con personas con tuberculosis	47.37	31.402	0.000	12.920	173.685
Diabetes mellitus	9.12	4.061	0.000	3.776	21.815
Alcoholismo	3.40	1.384	0.003	1.518	7.543
Uso de drogas	2.51	2.464	0.345	0.370	17.138
Tabaquismo	1.61	0.557	0.167	0.819	3.175
Tuberculosis extrapulmonar					
Convivencia con personas con tuberculosis	52.80	38.07464	0.000	12.8283	217.0484
Tabaquismo	2.66	0.6977768	0.001	1.500479	4.367687
Alcoholismo	2.24	0.9484745	0.056	0.9803357	5.138231
Diabetes mellitus	2.10	0.993532	0.116	0.8332173	5.308592
Uso de drogas	0.98	0.8988504	0.991	0.166713	5.870843

Alejandro Hernández-Solís, M en C de la Sal,⁽¹⁾
drhernandezsolis@yahoo.com.mx
Francisco Navarro-Reynoso, M en Admón,⁽²⁾
Arturo Reding-Bernal, D en C de la Sal.⁽²⁾

(1) Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax,
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

(2) Dirección de Investigación, Hospital General de
México Dr. Eduardo Liceaga.
Ciudad de México, México.

<https://doi.org/10.21149/11163>

Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2017 [internet]. Ginebra: OMS [citado julio 9, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=2
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Casos nuevos de Tuberculosis Todas Formas Estados Unidos Mexicanos 1990-2016 [internet]. Ciudad de México: Cenaprece [citado julio 8, 2019]. Disponible en: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/8CasosTbTodasI6.pdf>
- Boeckmann M, Warsi S, Noor M, Dogar O, Mustagfira EH, Firoze F, et al. Health worker and patient views on implementation of smoking cessation in routine tuberculosis care. *npj Prim Care Respir Med*. 2019;29(1). <https://doi.org/10.1038/s41533-019-0146-6>

- World Health Organization. Guide to monitoring and evaluation for collaborative TB/HIV activities--2015 Update. Ginebra: WHO, 2015 [citado julio 4, 2019]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_guide_monitoring_evaluation_collaborative_TB_HIV_activities_en.pdf
- Muñoz-Torrico M, Caminero-Luna J, Migliori GB, D'Ambrosio L, Carrillo-Alduenda JL, Villareal-Velarde H, et al. La diabetes se asocia con reacciones adversas graves en la tuberculosis multirresistente. *Arch Bronconeumol*. 2017;53(5):245-50. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2016.10.021>
- Rossato-Silva D, Muñoz-Torrico M, Duarte R, Galvão T, Bonini EH, Ferlin-Arbex F, et al. Risk factors for tuberculosis: diabetes, smoking, alcohol use, and the use of other drugs. *J Bras Pneumol*. 2018;44(2):145-52. <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>

Atención del maltrato infantil en el servicio de urgencias

Señor editor: La prevalencia mundial del maltrato infantil se desconoce. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene estimaciones con programas centinelas en las unidades de urgencias,^{1,2} sin embargo, en México son pocos los hospitales que cuentan con un programa de atención múltiple para maltrato infantil (PAMMI),

integrado no sólo por pediatras, sino por un grupo multidisciplinario con psicólogos, ginecólogos, radiólogos, neurólogos, toxicólogos, trabajadoras sociales y un departamento jurídico que trabajen exclusivamente para la detección, tratamiento y contención de secuelas de este problema.³ En este documento se presentan los resultados de 12 años de trabajo de PAMMI del Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca. De 2008 a 2019 se confirmaron 4 574 menores de 16 años con maltrato infantil, 44.3% hombres y 55.7% mujeres. El maltrato infantil es más frecuente en los menores de cinco años, principalmente por negligencia de los padres (falta de vacunación, falta de nombre, falta de atención médica y abandono), maltrato fetal (consumo de drogas durante el embarazo, ausencia de control prenatal, traumatismos provocados o por violencia de género durante el embarazo), y abuso sexual y maltrato físico, desde múltiples traumatismos hasta "niño zarandeado". Mientras tanto, en los mayores de seis años el maltrato "por pares" es más frecuente (acoso escolar), y es estadísticamente significativo, tal y como se muestra en el cuadro I.

Cuadro I

DISTRIBUCIÓN DE MALTRATO INFANTIL POR GRUPOS DE EDAD, SEXO Y RIESGO DE MALTRATO PARA LA EDAD. GUADALAJARA, JALISCO, MÉXICO, 2008-2019

Tipo de maltrato	Edad					Total (%)	IC (95%)*
	<28 días Mujer/hombre	1 mes-1 año Mujer/hombre	2-5 años Mujer/hombre	6-12 años Mujer/hombre	≥13 años Mujer/hombre		
Negligencia	54/52	479/369	248/224	155/137	54/83	1 855 (41)	4.69 (4.07-5.40)‡
Maltrato fetal	438/452	117/106	40/33	14/17	3/12	1 232 (27)	54.9 (44.5-67.9)‡
Abuso sexual	2/2	14/38	301/97	225/103	111/18	911 (20)	3.27 (2.8-3.83)‡
Maltrato físico	22/17	56/75	80/62	62/44	20/33	471 (10)	1.42 (1.14-1.76)‡
Acoso escolar	0	0	5/2	31/22	8/4	72 (1.3)	12.6 (7.26-22.2)‡
Munchausen§	0/2	1/7	1/7	5/4	4/2	33 (0.7)	1.59 (0.68-3.59)
Total	516/525	667/595	675/425	492/327	200/152	4 574 (100)	

* χ^2 para riesgo de maltrato por grupo de edad

‡ $p=0.0001$

§ Munchausen por poderes

Del total de los agresores, 98% son conocidos por la víctima. De este porcentaje, más de 60% son uno o varios miembros de la familia, como padres y abuelos, seguidos de padrastros de ambos sexos y tíos. Otros agresores viven en la comunidad del menor, como vecinos, amigos y empleados de la escuela. Mientras tanto, 2% de los agresores son completamente desconocidos por la víctima y esto sólo se observó en el abuso sexual. Identificar el maltrato infantil por grupos de edad y sexo, así como por tipo de agresor, es útil para generar estrategias para la prevención del maltrato infantil en nuestra comunidad. La debilidad de nuestro programa PAMMI es que no se incluye el maltrato infantil en

todas las variantes que sufren los niños desplazados (migrantes) y los niños asociados con el narcotráfico, problemas muy conocidos en nuestro país, cuyas poblaciones afectadas por lo general no acuden por atención a las unidades de salud.

Javier Álvaro Barriga-Marín, *Ped Toxicol, M en C*,^(1,2)
Mireya Robledo-Aceves, *Ped Toxicol, D en C*,^(1,2)
myreace@yahoo.es

(1) Departamento de Urgencias Pediatría,
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.
Guadalajara, Jalisco, México.

(2) Programa en la Atención Múltiple de Maltrato
Infantil, Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I. Menchaca. Guadalajara, Jalisco, México.

<https://doi.org/10.21149/11431>

Referencias

1. World Health Organization. Child maltreatment (child abuse). Ginebra: WHO [citado enero 15, 2020]. Disponible en: http://www.who.int/topics/child_abuse/es
2. Schwartz KA, Preer G, McKeag H, Newton AW. Child maltreatment: a review of key literature in 2013. *Cur Opin Pediatr*. 2014;26:396-404. <https://doi.org/10.1097/MOP.000000000000102>
3. Robledo-Aceves M, Jaime-Maldonado NJ, Martínez-Romero E, Barriga-Marín JA. Factores de riesgo asociados al síndrome de maltrato infantil en niños mexicanos atendidos en el servicio de urgencias. *Arch Argent Pediatr*. 2020;118(1):4-10.