

con actividad en infecciones graves por *Escherichia coli* o *K. pneumoniae* productoras de BLEE, sin impacto en *Pseudomonas aeruginosa*. Aunque la experiencia es limitada, el tratamiento con ertapenem, debido a su cómoda posología, puede ser una opción válida para el manejo de infecciones graves de tratamiento prolongado en régimen de hospitalización domiciliaria.

## Bibliografía

1. Paterson DL, Bonomo RL. Extended-spectrum -lactamases: a clinical update. Clin Microbiol Rev. 2005;18:657–86.
2. Díaz MA, Hernández JR, Martínez L, Rodríguez-Baño J, Pascual A, Grupo de Estudio de Infección Hospitalaria (GEIH). *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* productoras de betalactamasas de espectro extendido en hospitales españoles: segundo estudio multicéntrico (proyecto GEIH-BLEE 2006). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2009;27:503–10.
3. Anderson MJ, Janoff EN. *Klebsiella* endocarditis: report of two cases and review. Clin Infect Dis. 1998;26:468–74.
4. Gould K, Ramírez-Ronda CH, Holmes RK, Sanford JP. Adherence of bacteria to heart valves in vitro. J Clin Invest. 1975;56:1364–70.
5. Zimhony O, Chmelnitsky I, Bardenstein R, Goland S, Hammer Muntz OH, Venezia SN, et al. Endocarditis caused by extended-spectrum-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae*: emergence of resistance to ciprofloxacin and piperacillin-tazobactam during treatment despite initial susceptibility. Antimicrob Agents Chemother. 2006;50:3179–82.
6. Shipton SE, Cotton MF, Wessels G, Wasserman E. Nosocomial endocarditis due to extended-spectrum beta-lactamase producing *Klebsiella pneumoniae* in a child. S Afr Med J. 2001;91:321–2.
7. Benenson S, Navon-Venezia S, Carmeli Y, Adler A, Strahilevitz J, Moses AE, et al. Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* endocarditis in a young adult. Successful treatment with gentamicin and colistin. Int J Infect Dis. 2009;13:e295–8.

A. del Arco\*, J. Olalla, J. De la Torre y J. García-Alegría

Grupo de Enfermedades Infecciosas, Unidad de Medicina Interna, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alfarco@gmail.com](mailto:alfarco@gmail.com) (A. del Arco).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.016

## Medicina interna y cuidados paliativos

### Internal Medicine and Palliative Care

Sr. Director:

En los foros científicos organizados por la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), y especialmente en sus congresos nacionales, se suele transmitir con frecuencia la idea de que la especialización médica del internista es una de las que permite una mejor aproximación al paciente también cuando éste se encuentra en situación de enfermedad terminal, debido a su visión amplia e integradora («la visión global de la persona enferma») y a la necesidad de ofrecer un tratamiento a su pluripatología. Estamos plenamente de acuerdo pero, al igual que otros autores<sup>1</sup>, tenemos la impresión de que la atención prestada a este respecto por la SEMI es más bien escasa.

Nos consta que existe un numeroso grupo de internistas interesados en los cuidados paliativos y que en muchos de los servicios de medicina interna de los hospitales españoles se han creado en los últimos años secciones, consultas externas, equipos de soporte hospitalarios y de atención domiciliaria específicos de los cuidados paliativos. Lo hemos venido comprobando en los congresos de la SEMI de los últimos años. Así, en el VIII Congreso Nacional de Cuidados Paliativos Coruña (mayo de 2010), hemos presentado un estudio sobre las aportaciones de la investigación clínica española en cuidados paliativos a los congresos nacionales de medicina interna 2005-2009<sup>2</sup>. Realizamos una revisión, a través de la página web de la SEMI, de los programas

oficiales de los congresos nacionales celebrados en dicho período. Las comunicaciones relacionadas con los cuidados paliativos representaron únicamente entre un 1,7 a un 2,3% del total de las comunicaciones presentadas. Sin embargo, hasta 32 centros hospitalarios de toda la geografía española comunicaron trabajos al respecto. No hubo sesiones, mesas redondas o foros que trataran estos temas de forma continuada a través de los diferentes congresos.

Somos conocedores que la FEMI ha puesto en marcha el «Proyecto paliar» desde el Grupo de trabajo paciente pluripatológico y edad avanzada. Se trata de una iniciativa interesante que trata de profundizar en el conocimiento de los cuidados paliativos que, como hemos mencionado, han generado más atención en los congresos SEMI de los últimos cinco años (herramientas pronósticas, enfermedades no oncológicas en situación terminal y aspectos éticos). Pero existen muchos otros temas igualmente interesantes (control de síntomas, dolor y opioides, sedación, aspectos organizativos, etc.) que deberían abordarse desde el punto de vista internista. Sería muy positivo que la FEMI pusiera en marcha un grupo de trabajo específico sobre cuidados paliativos como tienen otras sociedades españolas (SEMFYC, SEMERGEN, SEGG, SEOM), que impulsara la investigación y aportara conocimiento para la atención del paciente al final de la vida.

## Bibliografía

1. Paño Pardo JR, Mora Rillo M, Pascual Pareja JF, Robles Marhuenda A, Barbado Hernández FJ. Medicina interna: más

diversidad en los programas científicos. Rev Clin Esp. 2006;206: 210–1.

2. Sancho M, Rexach L, Gómez A, Díaz A, Cañada I, Peralta V. Análisis de la investigación clínica española en cuidados paliativos a través de sus aportaciones a los congresos nacionales de medicina interna 2005-2009. Med Pal. 2010;17 Suppl 1: S142.

M.A. Sancho-Zamora

*Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*  
Correo electrónico: [masancho.hrc@salud.madrid.org](mailto:masancho.hrc@salud.madrid.org).

doi:10.1016/j.rce.2010.06.017

## Chagas: enfermedad emergente, enfermedad desconocida

### Chagas: an emergent and unknown disease

Sr. Director:

El artículo de Aguilar-García et al<sup>1</sup>, recientemente publicado en su revista, en el que se comunica un caso de enfermedad de Chagas (EC) con afectación digestiva recalca la importancia de tener un alto índice de sospecha para poder llegar a un diagnóstico de EC. Sin embargo, deseamos comentar algunos aspectos referentes a esta enfermedad emergente y aún no bien conocida en nuestro ámbito geográfico.

En el artículo comentado<sup>1</sup> no se indica si se descartó una afectación cardíaca secundaria a la EC. Si bien en la radiografía de tórax no parecía existir cardiomegalia, su ausencia no excluye alteraciones en el sistema de conducción cardíaca que, por otro lado, constituyen la manifestación cardiológica más frecuente en la EC<sup>2</sup>. La existencia de cardiomegalia sólo implicaría un mayor riesgo de muerte súbita en estos pacientes<sup>2</sup> y probablemente reflejase un deterioro cardiológico muy avanzado. Por ello, y de acuerdo con las guías y consensos más recientes<sup>2-4</sup>, todo paciente con EC debiera tener una evaluación cardiológica completa con inclusión de electrocardiograma y ecocardiograma.

Por otra parte, nos hubiese gustado conocer qué tratamiento recibió el paciente comentado, tanto el sintomático, que puede variar en función del grado de afectación digestiva<sup>5</sup>, como el antiparasitario específico.

El diagnóstico de la EC precisa de al menos dos serologías positivas para *Trypanosoma cruzi*, que además deben estar realizadas frente a distintos antígenos<sup>5,6</sup>, y que la positividad en una prueba parasitológica como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) no excluye la realización de dichos estudios serológicos<sup>6,7</sup>, sobre todo en nuestro ámbito, donde la forma de presentación predominante de la EC es la crónica indeterminada<sup>2,6</sup>.

Aguilar-García et al<sup>1</sup> comentan que sería útil disponer de herramientas que agilicen el diagnóstico de la EC, sobre todo en el caso de la enfermedad congénita. Creemos que en la actualidad se dispone de técnicas que permiten un diagnóstico lo suficientemente rápido de la EC. Así, por ejemplo, la inmunocromatografía es una técnica serológica con una sensibilidad del 92-95% y una especificidad del 96-97%<sup>8</sup>, que se realiza en aproximadamente 15 min y que además se incluye como técnica de cribado en varios protocolos como el de la Comunidad Valenciana<sup>4</sup> y en el de nuestro propio centro. Ante la positividad de esta técnica se realizaría una confir-

mación mediante técnica de ELISA, que en nuestro centro tarda aproximadamente 4-5 días. Ante la sospecha de transmisión vertical, se dispone de un método diagnóstico rápido y accesible como es la visualización directa del parásito mediante examen en fresco<sup>4,6</sup>, cuyo resultado se obtiene en el mismo día. Es cierto que en casos de baja parasitemia en la madre este examen directo normalmente resulta negativo y no excluye la posibilidad de infección<sup>3,4</sup>. Por ello se aconseja realizar PCR al nacimiento, al primer y tercer mes de vida, además de estudios serológicos al nacimiento y a los 7-9 meses<sup>3,4</sup>.

En los casos de exposición accidental del personal sanitario, la literatura científica disponible es escasa<sup>9,10</sup>. En estos casos sería muy conveniente establecer un diagnóstico muy precoz, ya que la tasa de curación es muy alta si se instaura tratamiento antiparasitario inmediatamente después de la exposición<sup>6</sup>. En nuestro centro hemos protocolizado la realización de inmunocromatografía a la «fuente» del posible contagio y en caso de positividad de ésta se aconseja iniciar tratamiento antiparasitario con benznidazol a la persona potencialmente infectada. Esta técnica se complementaría además con una PCR, por su mayor sensibilidad y especificidad<sup>10</sup>. El benznidazol no se comercializa en España y debe solicitarse como medicación extranjera, con lo que supone de demora para el inicio del tratamiento. Quizás es éste uno de los apartados más interesantes que agilizar en el manejo de la EC ya que, a nuestro juicio, es de vital importancia en el tratamiento de la EC congénita por transmisión vertical o en los casos de infección por punción accidental.

### Bibliografía

1. Aguilar-García JJ, Domínguez-Pérez AD, Nacarino-Mejías V, Iribarren-Marín MA. Enfermedad de Chagas. Rev Clin Esp. 2010;210:e25–7.
2. Gascón J, Albejar P, Cañas E, Flores M, Gómez i Prat J, Herrera RN, et al. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por *Trypanosoma cruzi* no es endémica. Enf Infecc Microbiol Clin. 2008;26:99–106.
3. Apt W, Heitman I, Jercic MI, Jofre L, Muñoz P, Noemi I, et al. Parte II. Enfermedad de Chagas en el adulto, la infancia y adolescencia. Rev Chil Infect. 2008;25:194–9.
4. Bayon Rueda A, Borrás Salvador R, Calabuig Muñoz E, Fraile Fariña MT, Giménez Martí MJ, Montesinos Sánchez E, et al. Enfermedad de Chagas importada. Protocolo de actuación en la Comunitat Valenciana. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2009.
5. Pinazo MJ, Cañas E, Elizalde JI, García M, Gascón J, Gimeno F, et al. Diagnosis, management and treatment of chronic