

**Tabla 1**  
Resultados de la entrevista

	Sí n (%)	No n (%)
¿Fue informado sobre lo que le pasaba?	24 (82,75)	5 (17,24)
¿Se le pidió permiso para proceder al baño diario?	13 (44,82)	16 (55,17)
¿Sentía usted que se lo hacía participe del proceso de deliberación?	22 (75,86)	7 (24,13)
¿Sentía usted que se le ocultaba información?	3 (10,34)	26 (89,65)
¿Le habría gustado tener más información?	7 (24,13)	22 (75,86)
¿Le habría gustado participar más en la toma de decisiones?	5 (17,24)	24 (82,75)

resultados no coinciden con estudios en otras poblaciones (como la población estadounidense), donde sólo el 9% de los sujetos apuesta por una actitud paternalista a la hora de la toma de decisiones<sup>3</sup>. Sin embargo, en su mayoría, los médicos prefieren consensuar los tratamientos con los enfermos y sólo una minoría se inclina por la actitud paternalista<sup>4</sup>.

Los enfermos entienden y asumen de forma implícita que se les informe a sus familiares, incluso antes que a ellos. También suelen asumir que sean los familiares los que tomen las decisiones que los médicos crean que deben consultar. En este sentido, llama la atención que en el estudio se observó una actitud diferente según el estado civil de los sujetos entrevistados. Los enfermos casados no deseaban más participación en el proceso en un 92% de los casos, mientras que los solteros deseaban más participación en el proceso hasta en un 50% de los casos; esto podría corresponder a una actitud de los enfermos casados más proclive a delegar las decisiones en la pareja o en la familia que los solteros, que posiblemente estén acostumbrados a una vida independiente y tengan menos ataduras familiares. Está claro que es importante el papel que la familia puede ejercer en la toma de decisiones para el enfermo<sup>5</sup>.

Es preocupante la sensación de falta de información que se acentúa conforme aumenta la estancia en la UCI, especialmente entre aquellos enfermos que reciben ventilación mecánica durante largos períodos. Probablemente esto se deba a la sensación de aislamiento que produce el ingreso en la UCI, además de las dificultades de comunicación que presentan las personas intubadas.

La cuestión clave en la participación del enfermo crítico en la toma de decisiones es la determinación de su capacidad. Pese a que la ley ha encargado a los médicos la responsabilidad de

determinar esta capacidad, no se disponen de herramientas objetivas fiables. De hecho, uno de los objetivos del grupo de bioética de la SEMICYUC es elaborar una rutina de estimación de capacidad<sup>6</sup>. En cualquier caso, hay que determinar la competencia del enfermo para tomar una decisión determinada, ya que es probable que haya enfermos que sean capaces de tomar decisiones sencillas, pero que sean absolutamente incapaces de tomar decisiones más complejas<sup>7</sup>. Para que un enfermo sea capaz de tomar una decisión, tiene que ser capaz de comprender qué está mal (diagnóstico), qué le propone el médico (tratamiento), los riesgos y las complicaciones reales del tratamiento propuesto, las alternativas al tratamiento propuesto (y sus riesgos) y, por último, las consecuencias de rechazarlo.

En conclusión, los enfermos críticos participan muy poco en la toma de decisiones que los afectan; sin embargo, esto no les genera insatisfacción sino que, al contrario, muestran un grado de satisfacción muy elevado y son muy pocos los enfermos que demandan más participación de la obtenida en el proceso de la toma de decisiones clínicas.

### Bibliografía

- Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: Paternalism versus patient-centered (autonomous) care. *Curr Opin Crit Care*. 2008;14(6):708-13.
- Llúbia C, Canet J. Unidades de cuidados críticos: la difícil tarea de la información. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:141-3.
- Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Patients' preferences and experiences. *Patient Educ Couns*. 2007;65:189-96.
- Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: Physicians' preferences and experiences. *BMC Fam Pract*. 2007;8:10.
- Ho A. Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. *Scand J Caring Sci*. 2008;22:128-35.
- Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, et al. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el consentimiento informado en UCI. *Med Intensiva*. 2002;26:253-4.
- Drane JF. The many faces of competence. *Hastings Cent Rep*. 1985;15(2):17-21.

Angel Villanueva Ortiz, Juan Carlos Martín González,  
Luciano Santana-Cabrera\* y Manuel Sánchez-Palacios

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Gran Canaria, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org  
(L. Santana-Cabrera).

doi:10.1016/j.medcli.2008.12.007

### Diarrea del viajero por *Cyclospora cayetanensis*

#### *Cyclospora cayetanensis* in a patient with traveller's diarrhoea

Sr. Editor:

La diarrea es una dolencia que afecta frecuentemente (20-50%) a viajeros internacionales que visitan áreas tropicales y subtropicales<sup>1,2</sup>. Entre los diferentes agentes causantes destacan bacterias, como *Escherichia coli*, *Campylobacter* spp., *Shigella* spp., *Salmonella* spp; ciertos virus entéricos (norovirus, rotavirus) y protozoos parásitos, como *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*,

*Cyclospora cayetanensis*, *Cryptosporidium* spp., e *Isoospora* spp. Si bien los protozoos no suponen una causa muy frecuente (5-10%), su implicación es importante, porque algunos de ellos son causantes de cuadros diarreicos prolongados y crónicos<sup>1,2</sup>. En relación con este último punto, presentamos un nuevo caso de ciclosporiasis en un paciente inmunocompetente a su regreso de un viaje a México.

Varón de 34 años, con residencia habitual en Navarra, atendido en el servicio de urgencias de nuestro Hospital por un cuadro de diarrea y fiebre de 5 días de evolución. El cuadro comenzó con dolor en el hipocondrio derecho, sensación distérmica, tiritona y diarrea acuosa de 6-8 deposiciones diarias, sin sangre pero con

presencia de moco. No se acompañaba de tenesmo rectal, náuseas ni vómitos. Como antecedente, el paciente refería un viaje de varios días a México, del que había regresado 2 días antes del comienzo de los síntomas. En la exploración física no hubo ningún hallazgo relevante. En la analítica destacaba un leve aumento de las transaminasas: aspartato aminotransferasa 37 U/l; alanino aminotransferasa 58 U/l; gammaglutamiltranspeptidada 109 U/l y proteína C reactiva 2,0 mg/dl. El estudio ecográfico abdominal no mostró alteraciones significativas y se descartó colecistitis. Se enviaron muestras de heces para estudio microbiológico. El estudio bacteriológico fue negativo, ya que no se aislaron bacterias enteropatógenas ni se detectó toxina de *Clostridium difficile*. El estudio parasitológico incluyó observación directa en fresco con suero fisiológico y lugol parasitológico (yodo al 1%), examen posconcentración (formol-acetato de etilo) y tinción de Ziehl-Neelsen modificado (fucsina al 4%). La observación al microscopio de fluorescencia con excitación ultravioleta reveló la presencia de estructuras esféricas, de 8-10 µm de diámetro, que mostraron autofluorescencia de color azul en las condiciones citadas. En preparaciones de Ziehl-Neelsen modificado presentaban coloración rosa en grado variable. Fueron identificadas como ooquistes inmaduros de *C. cayetanensis*. El paciente fue ingresado y se inició tratamiento oral con trimetoprima-sulfametoxazol (800/160 mg) cada 12 h. Tras 3 días, y debido a la mejoría de su estado, el paciente fue dado de alta con la indicación de mantener el tratamiento prescrito hasta 7 días.

*C. cayetanensis* es un protozoo parásito, patógeno emergente, perteneciente al subfilo *Apicomplexa*, incluido entre las coccidias intestinales. El primer caso de diarrea humana debida a esta especie fue descrito por Ashford, en 1979, en Papua Nueva Guinea, aunque no fue hasta 1994 cuando se clasificó como una coccidia del género *Cyclospora*. De las 17 especies incluidas en este género, únicamente *C. cayetanensis* provoca infección en humanos y no se encuentra en otros huéspedes<sup>3,4</sup>. El cuadro clínico varía desde la infección asintomática (portadores sanos, frecuentemente en la población de zonas endémicas), a infección sintomática en sujetos inmunocompetentes. En éstos, el período de incubación es de 1 a 7 días, y causa un cuadro de diarrea, generalmente autolimitado con dolor abdominal, náuseas, vómitos y ocasionalmente fiebre y anorexia<sup>3,5</sup>. La infección sintomática en sujetos inmunodeprimidos puede ser más grave y prolongarse en el tiempo o causar frecuentes recurrencias<sup>3</sup>. Además, pueden presentarse complicaciones, como colecistitis, síndrome de Guillain-Barré, artritis reactiva y síndrome de Reiter<sup>3,6-8</sup>.

El diagnóstico de la ciclosporiasis se basa en la observación en el microscopio óptico de cuerpos esféricos no refringentes, de

8-10 µm de diámetro, en heces o aspirados duodenales. Cuando se examinan en el microscopio de fluorescencia, los quistes de *Cyclospora* emiten fluorescencia con excitación ultravioleta. Además, son ácido-alcohol resistentes y pueden detectarse mediante la tinción de Ziehl-Neelsen modificada<sup>9</sup>.

Si consideramos la baja frecuencia de la infección por *C. cayetanensis* en nuestro medio, así como la necesidad de ampliar el espectro de las técnicas diagnósticas (su detección se hace, en ocasiones, a demanda), resulta fundamental para los laboratorios de microbiología disponer de datos clínicos precisos, así como de los antecedentes relativos a estancias en regiones endémicas. Por otra parte, y aún teniendo en cuenta que las coccidias no son la principal causa de las diarreas asociadas al viajero, es absolutamente necesario ante estos casos aplicar, de modo sistemático, protocolos completos de estudio parasitológico de heces que incluyan microscopía de fluorescencia y tinciones para ácido-alcohol resistentes.

## Bibliografía

1. Diemert DJ. Prevention and self-treatment of traveler's diarrhea. Clin Microbiol Rev. 2006;19:583-94.
2. Cavallo JD, Garrabe E. [Infectious aetiologies of travelers' diarrhoea]. Med Mal Infect. 2007;37:722-7.
3. Puente S, Morente A, Garcia-Benayas T, Subirats M, Gascon J, Gonzalez-Lahoz JM. Cyclosporiasis: a point source outbreak acquired in Guatemala. J Travel Med. 2006;13:334-7.
4. Ortega YR, Sterling CR, Gilman RH, Cama VA, Diaz F. *Cyclospora* species—a new protozoan pathogen of humans. N Engl J Med. 1993;328:1308-12.
5. Shields JM, Olson BH. *Cyclospora cayetanensis*: a review of an emerging parasitic coccidian. Int J Parasitol. 2003;33:371-91.
6. Richardson Jr RF, Remler BF, Katirji B, Murad MH. Guillain-Barre syndrome after *Cyclospora* infection. Muscle Nerve. 1998;21:669-71.
7. Connor BA, Johnson EJ, Soave R. Reiter syndrome following protracted symptoms of *Cyclospora* infection. Emerg Infect Dis. 2001;7:453-4.
8. Zar FA, El-Bayoumi E, Yungbluth MM. Histologic proof of acalculous cholecystitis due to *Cyclospora cayetanensis*. Clin Infect Dis. 2001;33:E140-1.
9. Varea M, Clavel A, Doiz O, Castillo FJ, Rubio MC, Gomez-Lus R. Fuchsin fluorescence and autofluorescence in *Cryptosporidium*, *Isoospora* and *Cyclospora* oocysts. Int J Parasitol. 1998;28:1881-3.

M. Eugenia Portillo \*, Alejandra Pérez-García, Mirian Fernández-Alonso y Manuel Rubio

Servicio de Microbiología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

\*Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: meportillo@unav.es (M.E. Portillo).