

Revista Médica de la UAS

Contenido

1. Editorial

Artículos originales

3. **Embarazo en adolescentes y no adolescentes: Resultados obstétricos y perinatales**

Blanca Inés Esquivel-Leyva, José Cándido Ortiz-Bojórquez, Maura Sara, Castañeda-Iníiguez, Miriam Verónica Picos-Rosas, Fred Morgan-Ortiz

13. **Infección por candida y vaginosis bacteriana y su asociación con parto pretérmino y ruptura prematura de membranas**

Leticia Lara Avila, Fred Morgan-Ortiz, Víctor Fernando Muñoz-Estrada, Maradi Zumara Rubio-Rodriguez, Marcela Gómez Llanos-Navidad, Claudia Lizeth Lizarraga-Gutierrez, Everardo Quevedo-Castro

21. **Eficiencia y seguridad de remifentanilo-propofol vs fentanilo - propofol para anestesia general intravenosa en legrado uterino instrumentado**

María del Rayo Verdejo-Sala, Fred Morgan-Ortiz, José Alonso Betancourt-Sandoval, Alma Ruth Gerardo-Angulo, Ildefonso Villa-Gastelum, Felipe de Jesús Peraza-Garay

Caso clínico

29. **Dolor abdominal en Lupus Eritematoso Sistémico. Reporte de un caso**

Víctor Fernando Muñoz-Estrada, Hugo Molina-Zamora, Marcela Edith Pérez-Acosta

Artículo de revisión

33. **Una nueva patología de etiología social: “El síndrome del médico agredido”. Parte I**

Luis Alberto Kvitko

47. Instrucciones para los autores

La Revista Médica de la UAS (Rev Med UAS) es una publicación trimestral y el órgano oficial del área de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa, editada por la Coordinación Universitaria del Hospital Civil, con certificado de licitud de título No. 6333 y certificado de licitud de contenido No. 5013. El contenido de los trabajos publicados en la Revista Médica de la UAS responsabilidad de los autores. Toda correspondencia y material científico debe dirigirse a los editores de la Revista: Dr. Fred Morgan Ortiz, Dr. Constantino B. Cuetos Martínez y al Dr. Felipe de Jesús Peraza Garay, a la Coordinación del Hospital Civil, sito en Eustaquio Buelna No. 91 Col. Gabriel Leyva. CP: 80030, Culiacán, Sinaloa, México. O a los correos electrónicos: fmorganortiz@hotmail.com, constan@uas.uasnet.mx, fperaza@uas.uasnet.mx

Editorial

La inquietud por la difusión de los trabajos de investigación desarrollados en el área de la salud a través un órgano oficial de la Universidad Autónoma de Sinaloa, hace que se inicien los trabajos, para que poco después de la fundación de la Coordinación Universitaria en el Hospital Civil de Culiacán en el año de 1982 bajo la dirección del Dr. Rafael Valdez Aguilar, se publique el primer número de la Revista Médica de la UAS en el año de 1984. En esta primera época de la revista participaron como editores los Dres. Guillermo Hernández Llamas, Víctor Manuel Pérez Pico y Efraín Romo Santos y culminó con 18 números publicados semestralmente de manera ininterrumpida, constituyéndose como la publicación médica pionera en nuestra región. Sus objetivos estaban bien definidos: Difundir los trabajos realizados en el área de la salud a todos aquellos involucrados en la asistencia, enseñanza, investigación y difusión de la cultura médica, desde estudiantes de medicina hasta para aquellos con grado de Doctor en Medicina.

Después de un breve receso de tres años, en el año de 1996 estando como director de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil el Dr. Alberto Quintero Pérez se publica el primer número de la segunda época de la Revista Médica de la UAS estando como editor en jefe el Dr. Alberto González Valdez. Esta segunda culmina en el año de 1998 estando como director de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil el Dr. Bartolo López Quintero.

La revista médica de la UAS desde sus inicios contó con registro de Licitud de Título y Contenido y registro ante la Dirección General de Derecho de Autor.

A partir de 1998 la revista médica de la UAS entró en un receso por falta de entusiasmo de los directivos y personal de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil.

En agosto del año 2004 debido al entusiasmo de un grupo de alumnos asesorados por el Dr. Juan Martínez Barreda, acuden con el Dr. Constantino

Cuetos Martínez y un servidor por tener la inquietud de publicar un boletín que diera a conocer las actividades de la Facultad de Medicina tanto de sus estudiantes como de sus maestros, así como de difundir el conocimiento generado por los miembros del área de la salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa a través de proyectos de investigación. Es de esta manera como nace el Boletín Médico de la Facultad de Medicina de la UAS.

Hay que mencionar que desde un principio, se contó con el apoyo irrestricto de las autoridades de la Facultad y de la Universidad, conscientes de que hasta ese momento no se disponía de medios de divulgación periódica en el área de la salud.

Con el transcurso del tiempo los editores originales y los estudiantes de los últimos años, terminaron sus estudios y emigraron a sus lugares de origen, quedando acéfalo el Boletín, motivo por lo que las autoridades de la Facultad y de la Coordinación Universitaria en el Hospital Civil de Culiacán (postgrado) deciden seguir dando continuidad al proyecto del Boletín y nombran Editor en Jefe y Editor al Dr. Constantino B. Cuetos Martínez y al Dr. Fred Morgan Ortiz, para que se responsabilicen de su edición, ya que se considera importante mantenerlo y mejorarlo, entre otros aspectos, porque es una forma de estimular la cultura de escribir y publicar las experiencias y los hallazgos médicos, tanto de estudiantes como de profesores y profesionales de la salud. Este Boletín Médico de la Facultad de Medicina fue indizado inicialmente en Imbiomed (Índice Mexicano de Revistas Biomédicas), posteriormente en Latindex (Índice Latinoamericano) y por último en Periódica. En este Boletín Médico de la Facultad de Medicina se publicaron 18 números impresos y publicados en línea en Imbiomed.

Posteriormente debido a las dificultades económicas por las que atravesaba la Universidad Autónoma de Sinaloa los últimos números del Boletín no pudieron imprimirse. Debido a lo anterior la edición del Boletín se suspende con la publicación de su último número en el año 2007.

A finales del año 2009, siguiendo con el mismo interés de contar con un órgano de difusión propio de las actividades investigativas que se realizan en el área de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa, bajo la dirección del Dr. Israel Martínez Félix, se decide retomar el antiguo proyecto de la Revista Médica de la UAS para difundir los trabajos realizados en el área de la salud a todos aquellos involucrados en la asistencia, enseñanza, investigación y difusión de la cultura médica.

Es por ello que con la confianza del Director de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil, Dr. Israel Martínez Félix, un servidor, Dr. Fred Morgan Ortiz es nombrado Editor en Jefe, el Dr. Felipe de Jesús Peraza Garay y el Dr. Constantino B. Cuetos Martínez como editores asociados y contando con el apoyo de un grupo de médicos reconocidos que conforman el consejo y el comité editorial de la Revista, esperamos sacar adelante y darle continuidad a este proyecto que hoy reinicia.

Esta revista será difundida e indizada en todos los índices científicos tanto nacionales como internacionales y continuar con su publicación en línea a través de IMBIOMED.

Sabemos que lo más importante para que este proyecto salga adelante no somos las personas que integramos el comité y consejo editorial sino las colaboraciones que nos haga llegar el personal del área de la salud –medicina, odontología, psicología, enfermería, ciencias químicas y nutrición– a nivel local, estatal, regional, nacional y porque no decirlo internacional de manera que la Revista se pueda posicionar en un nivel de calidad científica.

Esperando que sus colaboraciones y estando siempre abiertos a sus observaciones como lector de la revista, quedamos a sus atentas órdenes.

DR. FRED MORGAN ORTIZ

Editor

DR. FELIPE DE JESÚS PERAZA GARAY

Editor Asociado

DR. CONSTANTINO B. CUETOS MARTÍNEZ

Editor Asociado

Embarazo en adolescentes y no adolescentes: resultados obstétricos y perinatales

Blanca Inés Esquivel-Leyva,^{a*} José Cándido Ortiz-Bojórquez,^a Maura Sara Castañeda-Iñiguez,^a Miriam Verónica Picos-Rosas,^a Fred Morgan-Ortiz^a

^a Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin. México

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en la vía de resolución del parto y en los resultados perinatales entre adolescentes y no adolescentes. **Material y métodos:** De manera prospectiva de Enero a Diciembre de 2002 se estudiaron 4271 pacientes que acudieron para atención de su embarazo, de las cuales, 1228 fueron adolescentes (Grupo I; 28.75%) y 3043 no adolescentes (Grupo II; 71.25%). Como variables de interés primario se analizó la vía de resolución del embarazo, duración del trabajo de parto, resultado perinatal y complicaciones del embarazo, parto y el puerperio. **Resultados:** En las pacientes del Grupo I se encontró un 67.56% (827) de resolución del embarazo por vía vaginal, el 18.46% (226) operación cesárea y un 13.97% (171) para aborto, contra 60.09% (1818), 21.18% (792) y 13.25% (401) del Grupo II, ($p < 0.05$); las pacientes del Grupo I presentaron un menor riesgo de resolver su embarazo por cesárea en comparación con las pacientes del Grupo II (RR: 0.71; IC 95% : 0.60-0.84). De acuerdo al tipo de resolución obstétrica entre primigestas adolescentes y no adolescentes se encontraron diferencias en las vías de resolución del embarazo con una incidencia de operación cesárea del 18.79% y 34.23%, respectivamente. No se encontraron diferencias significativas ($p = 0.92$) en la duración del primer periodo de trabajo de parto entre ambos grupos, con media de 612.15 ± 77.99 min. y de 609.47 ± 174.55 min. para el Grupo I y II respectivamente. Se encontraron diferencias significativas ($p < 0.05$) entre los grupos en la duración del segundo periodo de trabajo de parto con una duración promedio de 20.88 ± 11.41 min para Grupo I y de 19.62 ± 10.44 min, para Grupo II. El estado perinatal evaluado mediante Apgar fue similar entre ambos grupos. Se presentó una mayor frecuencia de macrosomía en las pacientes del Grupo II. No se encontraron diferencias en la frecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. **Conclusiones:** El embarazo en adolescentes no incrementa el índice de cesáreas, la incidencia de Apgar bajo, ni incrementa la tasa de productos con bajo peso al nacimiento ni influye en la incidencia de complicaciones en el embarazo y el parto.

Palabras claves: Embarazo, adolescencia, cesárea, resultado perinatal.

Objective: To evaluate if there are differences in the duration of the labor, way of resolution of the pregnancy and the perinatal outcomes between adolescent and non adolescents pregnant. **Material and methods:** From January to December of 2002, 4271 patients were studied, of those which 1228 were adolescent (Group I; 28.75%) and 3043 were non adolescents (Group II; 71.25%). We analyzed the way of resolution of the pregnancy, duration of the labor, perinatal outcome and complications of the pregnancy, labor and puerperium. **Results:** The resolution way was vaginal in the 67.56% (827) and 60.09% (1818), caesarean section in the 18.46% (226) and 21.18% (792) and abortion in the 13.97% (171) and 13.25% (401) for the Group I and II respectively ($p < 0.05$); The adolescents patients presented a smaller risk of caesarean section in comparison with the non adolescents (RR: 0.71; IC 95% : 0.60-0.84). According to the type of obstetric resolution between adolescent and non adolescents primiparous there were differences in the rate of caesarean section (18.79% and 34.23% respectively). There were not significant differences between the groups in the duration of the first period of the labor (Group I: 612.15 min vs. Group II: 609.47 min) ($p = 0.92$). There were differences statistically significant between the group I and II in the duration of the second period of the labor (20.88 min and 19.62 min respectively) ($p < 0.05$). The perinatal outcome was similar between the groups. There were not differences in the rate of complications of the pregnancy, labor and puerperium. **Conclusion:** The pregnancy in adolescents does not increase the rate of caesarean section, with perinatal outcome and incidence of complications in the pregnancy and labor to the adult's patients similar to the no adolescent pregnant.

Key words: Pregnancy, adolescence, caesarean section, perinatal outcome, complications.

*Dra. Blanca Inés Esquivel-Leyva. Médico Cirujano, Maestría en Salud Pública. Profesor de Epidemiología y Bioestadística Médica. UAS. Corr.: E. Buelna No. 91, Col. G. Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sin., México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: esquivelleyva@hotmail.com

1. Introducción

Se conoce como embarazo en la adolescente aquel que ocurre en mujeres de 20 años o menos de edad según el criterio de la OMS. En México el número

de embarazos en adolescentes se dice que está aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total.^{1,2} Las tasas de incidencia reportadas (nacidos vivos por cada 1,000 mujeres embarazadas de edades entre 15 y 19 años), para el año de 1974 era de 130, en 1978 fue de 132, en 1982 de 105, en 1986 de 84, y en 1991 de 82. Podría pensarse que el número de hijos nacidos vivos no constituye un buen indicador de los embarazos ocurridos, ya que una proporción de los mismos no llegan a término y dicha proporción podría haberse aumentado. La proporción actual de adolescentes en México genera una enorme demanda de servicio en todos los ámbitos, incluso en el de asistencia médica, en donde el embarazo no planeado representa un problema de salud pública al contar con cerca de medio millón de embarazos al año. Esta problemática se incrusta en un escenario en donde las tasas de muerte perinatal y mortalidad fetal muestran casi el mismo perfil epidemiológico de hace 4 décadas y continua siendo alto comparado con países desarrollados.

De acuerdo con las cifras informadas por el fondo para la población de las naciones unidas (UNFPA), el embarazo en la adolescente representa poco más de 10% del total de embarazos que ocurren en mujeres menores de 20 años.²⁻⁴ En México, 20% del total de embarazos ocurre en mujeres menores de 20 años.¹

El embarazo de adolescentes es un problema de Salud Pública. En los Estados Unidos se ha estimado que entre 500,000 y 1 millón de adolescentes se embarazan cada año. Aproximadamente 250,000 a 500,000 ingresan al sistema de cuidados de la salud prenatal cada año, por lo que los cuidados de salud y cursos durante el embarazo deberían ser provistos y enseñados en la adolescencia.^{1,2}

Gran Bretaña tiene la más alta Incidencia de embarazos en adolescentes en la Unión Europea, cerca del 10% de estos ocurren en el grupo de menos de 16 años.⁸

Según la literatura anglosajona, el embarazo en la adolescente se asocia con una tasa más elevada de complicaciones obstétricas que la de la población adulta. Se ha descrito en este grupo, una mayor frecuencia de desproporción céfalo pélvica (DCP), anemia materna, preeclampsia, y bajo peso del recién nacido.¹¹

Hay muy poca información con respecto a la frecuencia de parto eutócico y de cirugía obstétrica durante la resolución del embarazo en la población adolescente, en comparación con la población adulta, así como con las causas más frecuentes que determinan el tipo de resolución de ambas. Los resultados de algunas publicaciones señalan que la gestación durante la adolescencia propicia el desarrollo de patologías que precipita el desencadenamiento del parto, o bien obliga frecuentemente a la práctica de medidas quirúrgicas obstétricas durante el mismo; y dichas patologías se relaciona casi siempre con la poca o nula atención prenatal. Un estudio realizado por Amino y cols,⁷ reportó que de las adolescentes embarazadas de edades entre 12 y 15 años solamente el 8.1% llevaron control prenatal comparado con el 6.8% de un grupo de edades entre 16 y 19 años de edad.

Los productos nacidos de madres adolescentes tienen 2-6 veces más probabilidades de tener bajo peso al nacimiento que los que nacen de madres de 20 años o más. Esto es casi siempre por prematuridad, pero el retraso de crecimiento intrauterino es también un factor.¹⁹ Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas; alimentación inadecuada, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del recién nacido durante el primer año de vida se incrementa en relación a la edad de la madre, cuanto menor de 20 años sea.¹⁶

En un estudio efectuado en adolescentes, en las que estas se dividieron en dos grupos: uno de 12 a 15 años de edad y otro de 16 a 19 años, se observó que, el 90% de los productos en ambos grupos, presentaron un peso al nacimiento dentro de los límites normales. Solo en el 5% y 6.5% de los recién nacidos el peso fue subnormal. Asimismo la puntuación de Apgar al minuto fue ligeramente más bajo en el primer grupo, mientras que en el segundo grupo se presentaron dos óbitos perpartos.³

Existe poca información sobre la frecuencia de parto eutócico y de cirugía obstétrica para la resolución del embarazo en la población adolescente, en comparación con la población adulta y, la que se ha publicado, es controversial, en virtud de que establece comparaciones entre adolescentes primigestas con no adolescentes que tenían más de un embarazo o parto, por lo que la comparabilidad entre los grupos no es homogénea. Con base en lo anterior el propósito del pre-

sente trabajo fue determinar si el embarazo en adolescentes es un factor que influye en la vía de resolución del parto, comparándolas con embarazadas no adolescentes realizando un análisis estratificado de acuerdo al número de embarazos.

2. Material y métodos

Durante el periodo de enero a diciembre de 2002 se llevó a cabo un estudio prospectivo, comparativo, longitudinal y observacional en el cual se estudiaron 4271 pacientes obstétricas que acudieron para atención de su embarazo a la unidad de toco cirugía del Hospital Civil de Culiacán, se dividieron en dos grupos: Grupo I formado por adolescentes 28.75% (1228) y el Grupo II con 71.25% (3043) no adolescentes. Se definió como adolescente a todas las pacientes cuya edad fue menor de 20 años según el criterio de la OMS.

Una vez que la paciente acudía en busca de atención obstétrica ya sea sangrado transvaginal o dolor obstétrico se evaluaban sus condiciones y se ingresaba, una vez ingresada se realizaba su historia clínica completa interrogándose sobre características sociodemográficas: ocupación, estado civil, medio socioeconómico, toxicomanías, asistencia a control prenatal y número de visitas, ingesta de suplementos vitamínicos, en caso de tener más de una gesta se interrogó sobre la edad del primer embarazo, complicaciones durante la gestación como amenaza de parto pretérmino, infección de vías urinarias, diabetes gestacional, cervicovaginitis y preeclampsia, número de compañeros sexuales, método de planificación familiar utilizado previo a la gestación y su tiempo de utilización, antecedentes obstétricos (número de gestas, partos, abortos y cesáreas y edad gestacional por fecha de última menstruación); se solicitaron exámenes de laboratorio (Hemoglobina y hematocrito y en caso de cifras de presión arterial iguales o mayores de 140/90 mmHg se solicitaba un examen general de orina (para búsqueda de proteinuria) y Ultrasonido obstétrico para evaluación de la edad gestacional e índice de líquido amniótico de acuerdo al índice de Phelan; a cada una de las pacientes en trabajo de parto se les vigiló la evolución del trabajo de parto, se aplicó analgesia obstétrica a las que así lo requerían dependiendo de la intensidad del dolor referido por la paciente, se midió la duración en minutos del trabajo de parto para cada uno de sus periodos, se valoró la

vía de interrupción del embarazo (parto vaginal eutócico o distócico; cesárea en la pacientes que la requerían y anotando la indicación de la misma), con la ayuda del personal de neonatología se obtuvo la valoración perinatal como son las valoración de apgar al minuto y a los 5 minutos y Silverman, el peso y sexo del producto; al momento del parto y en las primeras 6 horas se evaluó la presencia de complicaciones en la atención del parto (Atonía uterina, laceraciones y desgarros perineales) todo lo cual fue recabado, en una ficha de recolección de datos precodificada y elaborada para tal propósito.

De los datos recolectados para ambos grupos se estudiaron las siguientes variables de interés primario: Resolución del embarazo: aborto, parto, cesárea y embarazo ectópico; indicaciones de cesárea, condiciones perinatales al nacimiento: peso, género, puntuación de apgar al minuto y a los 5 minutos, Silverman y edad gestacional del producto. Como variables de interés secundario se estudiaron: características sociodemográficas (Estado civil, medio socioeconómico, ocupación, tabaquismo, alcoholismo u otras drogas), edad del primer embarazo en el caso de embarazadas adolescentes y no adolescentes con más de una gesta, control prenatal, administración de suplementos durante el embarazo (hierro, ácido fólico y calcio), complicaciones durante el embarazo (infección de vías urinarias, amenaza de parto pretérmino, preeclampsia, diabetes gestacional y cervicovaginitis, número de compañeros sexuales y metodología anticonceptiva utilizada, cantidad de líquido amniótico, duración del trabajo de parto en sus tres periodos, complicaciones del parto o cesárea (desgarros perineales, hemorragia posparto, distocia de hombros).

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva con medias y proporciones como medidas de tendencia central y desviación estándar y rango como medidas de dispersión. Para la comparación de variables categóricas entre los grupos de adolescentes y no adolescentes se utilizó la prueba Ji cuadrada de Maentel-Haenzel y para la comparación de variables numéricas la prueba t de student. En caso de un valor esperado menor de 5 se utilizó la prueba exacta de Fisher para variables categóricas dicotómicas. Se hicieron además cálculos de Riesgo Relativo e Intervalos de confianza del 95% para cada medida de riesgo. Un alfa menor de 0.05 se consideró estadísticamente

significativo. Todos los análisis se efectuaron con el programa estadístico Epi-info versión 6.04.

3. Resultados

La edad promedio de las pacientes adolescentes (PA) fue de 17.24 ± 1.40 años y de 26.51 ± 5.15 años para el grupo de pacientes no adolescentes (PNA). En lo que respecta a las características demográficas se encontraron diferencias en lo que respecta al estado civil ($p < 0.05$), sin diferencias en ocupación, medio socioeconómico, tabaquismo, alcoholismo y uso de otras drogas (Cuadro 1).

Cuadro 1.- Características socio demográficas de ambos grupos

| | Grupo I Adolescentes n= 1228 | Grupo II No adolescentes n= 3036 | Sig. |
|----------------------------------|------------------------------------|--|-------|
| Edad | | | |
| Promedio en años | 17.24±1.40 | 26.51±5.15 | <0.05 |
| Edad del primer embarazo | 16.60±1.52 | 19.54±3.72 | <0.05 |
| Estado civil | | | |
| | | | <0.05 |
| Casada | 256 (20.84%) | 1304 (42.86%) | |
| Soltera | 313(25.48%) | 458 (15.05%) | |
| Unión Libre | 658 (53.58%) | 1237 (40.66%) | |
| Ocupación | | | |
| | | | <0.05 |
| Hogar | 1182 (96.25%) | 2916 (95.85%) | |
| Empleada | 16 (1.30%) | 83 (2.72%) | |
| Estudiante | 26 (2.12%) | 18 (0.59%) | |
| Medio socioeconómico | | | |
| | | | <0.05 |
| Bajo | 1165 (94.86%) | 2811(92.40%) | |
| Medio | 60 (4.88%) | 226 (7.44%) | |
| Alto | 3 (0.26%) | 5 (0.16%) | |
| Uso de sustancias tóxicas | | | |
| | | | <0.05 |
| Tabaquismo | 18 (1.46%) | 59 (1.94%) | |
| Alcoholismo | 8 (0.65%) | 27 (0.88%) | |
| Otras Drogas | 1 (0.08%) | 7 (0.23%) | |

La edad del primer embarazo fue de 16.60 ± 1.52 años para el Grupo I y de 19.54 ± 3.72 años para el Grupo II con diferencias significativas entre los grupos ($p < 0.05$). En lo que respecta al control prenatal se encontraron diferencias significativas con un 26.07% de pacientes del Grupo I con control prenatal nulo y del 21.44% en el Grupo II ($p < 0.05$). Las pacientes del grupo de adolescentes (Grupo I), presentaron una mayor proporción de menor ingesta de suplementos vitamínicos como hierro, ácido fólico y calcio.

En complicaciones durante la gestación el 2.93% del Grupo I presentaron amenaza de parto pretérmino contra el 3.26% del Grupo II ($p = 0.32$), la preeclampsia se presentó en el 5.70% en el Grupo I, contra el 3.88% del Grupo II ($p = 0.011$), infección de vías urinarias se presentó en el 20.45% del Grupo I contra el 21.31% del Grupo II ($p = 0.53$), la diabetes gestacional se presentó en el 0.32% del Grupo I y en el 0.42% del Grupo II ($p = 0.83$), cervicovaginitis en el 6.20% del Grupo I y en el 6.15 del Grupo II ($p = 0.98$). (Cuadro 2).

Cuadro 2.- Complicaciones durante el embarazo

| | Grupo I Adolescentes n = 1228 | Grupo II No adolescentes n = 3036 | Sig. |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|------|
| Amenaza de parto prematuro | 36 (2.93 %) | 99 (3.26 %) | 0.32 |
| Preeclampsia | 70 (5.70 %) | 118 (3.88 %) | 0.01 |
| Infección de vías urinarias | 251 (20.45%) | 647 (21.31%) | 0.53 |
| Diabetes | 4 (0.32%) | 13 (0.42%) | 0.83 |
| Cervicovaginitis | 76 (6.20%) | 187 (6.15%) | 0.98 |

En lo que respecta a los antecedentes gineco-obstétricos las pacientes adolescentes presentaron en un 11.92% dos o más compañeros sexuales en comparación con el 24.61% del grupo de no adolescentes ($p < 0.05$).

En cuanto al número de gestas en el Grupo I el 76.12% (934) fueron primigestas, 19.55% (240) secundigestas, el 3.58% (44) trigestas y el 1.14% (9) presentaron cuatro o más gestas. En el Grupo II el 19.34% (588) fueron primigestas, el 25.83% (785) fueron secundigestas, el 25.99% (790) trigestas y el

28.82% (876) con 4 o más gestas, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$). (Cuadro 3)

El 15.79% de las pacientes del Grupo I presentaba el antecedente de uno o más partos, contra el 64.91% de pacientes del Grupo II, encontrando diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de ($p < 0.05$). El 5.21% de las pacientes del Grupo I presentaban el antecedente de haber tenido uno o más abortos contra el 16.97% de pacientes del Grupo II encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$). El 4.72% de las pacientes del Grupo I tenían antecedentes de una o más cesáreas contra el 19.67% de las pacientes del Grupo II, encontrando diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$). (Cuadro 3)

El 87.19% de las pacientes del Grupo I no utilizó ningún método de planificación familiar comparado contra el 55.75% del Grupo II ($p < 0.05$)

Entre las que utilizaron un método de planificación familiar los más frecuentemente utilizados fueron hormonales orales, hormonales inyectables dispositivo intrauterino en ambos grupos y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo promedio de utilización del método entre ambos grupos ($p < 0.05$). (Cuadro 3)

De acuerdo al tipo de resolución obstétrica, en las pacientes del Grupo I se encontró un 67.56% (827) de resolución del embarazo por vía vaginal, el 18.46% (226) operación cesárea y un 13.97% (171) de aborto, contra un 60.09% (1818), un 21.18% (792) y un 13.25% (401) del Grupo II respectivamente ($p < 0.05$); las pacientes del Grupo I presentaron un menor riesgo de resolver su embarazo por cesárea en comparación con las pacientes del Grupo II (RR: 0.71; IC95% : 0.60 – 0.84). El 0.46% de las pacientes del Grupo II presentaron embarazos ectópicos. En cuanto a la incidencia de partos distócicos esta fue similar entre ambos grupos (0.85% y 0.94%; $p = 0.46$).

Las indicaciones más frecuentes de cesáreas en ambos grupos fueron: electiva, periodo expulsivo prolongado, sufrimiento fetal agudo, presentación pélvica, iterativa, desproporción feto-pélvica y detención secundaria del descenso y la dilatación (Cuadro 4).

No se encontraron diferencias significativas en la duración del primer periodo de trabajo de parto entre ambos grupos, con una media de 612.15 ± 77.99 min.

Cuadro 3.- Antecedentes Gineco-obstétricos

| Antecedentes | Grupo I Adolescentes n = 1228 | Grupo II No adolescentes n = 3036 | Sig. |
|---|-------------------------------------|---|--------|
| Gestas | | | < 0.05 |
| Primigestas | 934 (76.12%) | 588 (19.34%) | |
| Secundigestas | 240 (19.55%) | 785 (25.83%) | |
| Trigestas | 44 (3.58%) | 790 (25.99%) | |
| Cuatro o más gestas | 8 (0.65%) | 873 (28.72%) | |
| Partos | 195 (15.87%) | 1974 (64.91%) | <0.05 |
| Abortos | 64 (5.21%) | 516 (16.97%) | <0.05 |
| Cesáreas | 58 (4.72%) | 598 (19.67%) | <0.05 |
| Dos o más compañeros sexuales | 146 (11.92%) | 746 (24.61%) | <0.05 |
| Método anticonceptivo | | | <0.05 |
| Nulo | 1069 (87.19%) | 1691 (55.75%) | |
| Hormonal. oral | 96 (7.83%) | 708 (23.34%) | |
| Hormonal inyectable | 27 (2.20%) | 181 (5.96%) | |
| Dispositivo intrauterino | 20 (1.63%) | 397 (13.08 %) | |
| Otros | 14 (1.14%) | 17 (0.56%) | |
| Tiempo de utilización promedio (meses) | 5.45 | 25.36 | <0.05 |

Cuadro 4.- Resolución obstétrica e indicación de cesárea

| | Grupo I Adolescentes (n= 1228) | Grupo II No adolescentes (n= 3025) |
|--|--------------------------------------|--|
| Resolución obstétrica | | |
| Parto | 827 (67.56%) | 1818 (60.09%) |
| Cesárea | 226 (18.46%) | 792 (26.18%) |
| Aborto | 171 (13.97%) | 401 (13.25%) |
| Embarazo ectópico | 0 (0%) | 14 (0.46%) |
| Indicación de cesárea | | |
| | n = 226 | n = 792 |
| Desproporción céfalo pélvica | 10 (4.44%) | 32 (4.01%) |
| Sufrimiento fetal agudo | 24 (10.66%) | 68 (8.53%) |
| Presentación pélvica | 23 (10.22%) | 82 (10.28%) |
| Ruptura prematura de membranas | 13 (5.77%) | 30 (3.76%) |
| Cesárea iterativa | 3 (1.33%) | 119 (14.93%) |
| Detención y secuestro. del descenso y dilatación | 20 (8.88%) | 35 (4.39%) |
| Cesárea previa | 3 (1.32%) | 11(1.38%) |
| Cesárea electiva | 63 (28.00%) | 266 (33.37%) |
| Preeclampsia | 35 (15.55%) | 52 (6.52%) |
| Periodo de trabajo de parto prolongado. | 6 (2.65%) | 17 (2.14%) |
| Macrosomía | 1 (0.44%) | 24(3.03%) |
| Embarazo gemelar | 4 (1.76%) | 17(2.14%) |
| Situación transversa | 2 (0.88%) | 7 (0.88%) |
| Otras | 19 (8.40%) | 32 (4.04%) |

y de 609.47 ± 174.55 min. para el grupo I y II respectivamente ($p = 0.92$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo I y II en la duración del segundo periodo de trabajo de parto con una duración promedio de 20.88 ± 11.41 min. y de 19.62 ± 10.44 para ambos grupos respectivamente ($p < 0.05$).

La duración del periodo de alumbramiento fue similar entre ambos grupos (5.66 min. y 5.47 min.; ($p < 0.05$). Se les administró analgesia obstétrica por vía peridural al 38.81% de las pacientes del Grupo I, 20.35% para partos y 18.76% para operación cesárea, y 42.23% para las pacientes del Grupo II, para partos 16.05% y 26.18% para operación cesárea respectivamente, sin diferencias estadísticas entre los grupos ($p = 0.06$) (Cuadro 5).

Cuadro 5.- Duración de los periodos de trabajo de parto

| | Grupo I Adolescentes (n = 827) | Grupo II No Adolescentes (n = 1818) | Significancia |
|--|--------------------------------------|--|---------------|
| Periodos de trabajo de parto (min.) | | | |
| Primer periodo | 612.15. | 609.47 | 0.92 |
| Segundo periodo | 20.88 | 19.62. | 0.02 |
| Tercer periodo | 5.66. | 5.47 | 0.32 |
| Analgesia Obstétrica Positiva | 20.35% (175) | 16.05% (298) | 0.06 |

El peso promedio de los productos al nacimiento fue de 3271.02 ± 464.43 gr. y de 3390.99 ± 524.08 gr. para el Grupo I y II con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$). La incidencia de productos con peso igual o mayor de 4000 gr. fue de 6.11% y de 12.54% para los grupos I y II respectivamente con diferencia estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p < 0.05$; RR: 1.83, IC95% : 1.37 – 2.43). En cuanto al genero la proporción de productos masculinos (48.84% vs. 48.26%) y femeninos (51.15% vs. 51.73%) fue similar en ambos grupos ($p = 0.77$). La incidencia de Apgar de 7 o menor al minuto fue del 6.46% y del 4.85% en el Grupo I y II respectivamente sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0.33$). A los 5 minutos la incidencia de Apgar de 7 o menor fue de 0.76% y del 0.60% en

el Grupo I y II respectivamente sin diferencias entre los grupos ($p = 0.11$). No se encontraron diferencias en la incidencia de Silverman al minuto y a los 5 minutos entre ambos grupos. ($p = 0.43$).

La incidencia de líquido meconial fue de 8.75% y de 8.80% en el Grupo I y II, respectivamente sin diferencias entre los grupos ($p = 0.99$). En cuanto a la incidencia de hemorragia posparto esta fue similar entre ambos grupos con un 0.28% y de 0.27% para el Grupo I y II respectivamente, sin diferencias entre los grupos ($p = 0.80$) así como tampoco se encontraron diferencias en la incidencia de laceraciones y desgarros perineales con un 0.096% para el Grupo I y del 0.038% para el Grupo II sin diferencias entre ambos grupos ($p = 0.90$). (Cuadro 6).

Cuadro 6.- Género y peso promedio de los productos al nacimiento

| | Grupo I Adolescentes (n = 827) | Grupo II No adolescentes (n = 1818) | Significancia |
|--|--------------------------------------|---|---------------|
| Género | | | 0.77 |
| Masculino | 48.84% | 48.26% | |
| Femenino | 51.16% | 51.74% | 0.77 |
| Peso promedio de los productos | 3271.02 g. | 3390.99 g. | <0.05 |
| Peso igual o mayor a 4000 grs. | 6.11% | 12.54% | <0.05 |
| Valoración de Apgar ≤ 7 | | | |
| Al 1 Minuto | 6.46% | 4.85% | 0.33 |
| A los 5 Minutos | 0.76% | 0.60% | 0.11 |
| Valoración de Silverman | | | |
| Al Minuto y 5 Minutos | 2.26% | 0.96% | 0.34 |
| Líquido meconial | 8.75% | 8.80% | 0.99 |
| Hemorragia posparto | 0.28% | 0.27% | 0.80 |
| Laceraciones y desgarros perineales | 0.096% | 0.038% | 0.90 |

4. Discusión

La maternidad temprana es un fenómeno multi-causal en el que participan factores de tipo social, económico y cultural.⁵ En México el número de embarazos en adolescentes se dice que esta aumentando de manera considerable, y que alcanza grandes cifras y altas proporciones (alrededor de 450,000 nacimientos anuales en los últimos lustros, equivalentes aproximadamente al 15% del total).² En el presente estudio un 29.97% de las pacientes estudiadas fueron adolescentes de las cuales un 29.51% se encontraban en edades entre 12 y 15 años y un 70.49% de edades entre 16 y 19 años lo cual indica que la proporción de embarazos en adolescentes ha seguido incrementándose igualmente en relación a los datos reportados por la UNFPA, que es de 10% del total de embarazos.¹³

El embarazo en adolescentes se ha considerado como una condición de alto riesgo por la elevada incidencia de complicaciones obstétricas que presentan en comparación con la población adulta (1, 2,12). En un estudio reportado por Garza y col. reporta una mayor proporción de complicaciones obstétricas en el grupo de adolescentes que en el de adultas.³ En este estudio la presentación de complicaciones obstétricas fue similar tanto en la comparación intragrupo y entre ambos grupos encontrando entre las más frecuentes, infección de vías urinarias, cervicovaginitis, preeclampsia, amenaza de parto pretérmino y diabetes gestacional.

En las últimas dos décadas se ha incrementado el interés en el embarazo en adolescentes al reconocer a este como un problema multifacético y de no fácil solución. Algunos autores mencionan que en el embarazo de la adolescente hay mayores riesgos de tipo biológico, psicológico y social.^{3,4} Esto ha permitido identificar a la mujer adolescente embarazada como de alto riesgo.

Se considera que las características socioeconómicas afectan el riesgo de embarazo tanto por el contexto normativo como por las oportunidades socioeconómicas disponibles para esas jóvenes. Por ejemplo, un contexto de privaciones económicas puede imponer desventajas a las madres adolescentes a través de una baja escolaridad y capacitación para el trabajo. Algunos autores mencionan que es más frecuente encontrar madres solteras o en unión libre dentro del grupo de madres adolescentes que entre aquellas que tuvieron su primer hijo después de los 19 años.⁸

En el presente estudio en lo que se refiere a medio socioeconómico no hubo diferencias entre ambos grupos ya que en ambos mas del 90% pertenecían al medio socioeconómico bajo lo cual coincide con lo mencionado en la literatura, que la pobreza se reproduce de generación en generación.^{4,10,11} Dipti Ukil y col. reportan que la madre soltera y el estado civil son factores determinantes para que se presenten complicaciones obstétricas.⁸ En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de adolescentes y no adolescentes.

Algunas publicaciones señalan que la gestación durante la adolescencia propicia el desarrollo de patología que precipita el desencadenamiento del parto, o bien obliga frecuentemente a la práctica de medidas quirúrgicas obstétricas durante el mismo; y dichas patología se relacionan casi siempre con la poca o nula atención prenatal.¹

Un estudio realizado por Amini y cols. reportó que de las adolescentes embarazadas de edades entre 12 y 15 años solamente el 8.1% llevaron control prenatal y de un grupo de edades entre 16 y 19 años de edad el 6.8% únicamente acudieron a control prenatal.⁷

En este estudio entre pacientes primigestas del Grupo I y Grupo II se encontraron diferencias significativas con mayor proporción de pacientes adultas que acudieron para su control prenatal, sin embargo en la comparación de las pacientes de 2 gestas o mas fue mayor la proporción de madres adolescentes que acudieron a su control prenatal en comparación con las no adolescentes con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Además se encontraron diferencias significativas en la ingesta de suplementos vitamínicos entre pacientes adolescentes y no adolescentes con menor proporción de ingesta en las primeras, en la comparación intragrupo no hubo diferencias significativas.

Cuando inician la actividad sexual, la mayoría de los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y anticoncepción y no tienen un acceso real a los servicios de salud reproductiva, lo que hace a esta población particularmente susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.⁶ En el estudio de Wielandt y col. reporta que es mayor la falla de métodos anticonceptivos que el uso de estos por los adolescentes en Dinamarca.¹² En el presente estudio se encontró una proporción menor de pacientes adolescentes,

primigestas y con dos o mas gestas que utilizaban algún método anticonceptivo, en comparación con las no adolescentes encontrando diferencias significativas entre los grupos, así como el promedio de tiempo de utilización de los mismos fue mayor en el grupo de no adolescentes; entre los métodos mas utilizados fueron los hormonales orales, inyectables, y dispositivo intrauterino para ambos grupos.

Hay muy poca información respecto a la frecuencia de parto eutocico y de cirugía obstétrica durante la resolución del embarazo en la población adolescente. En el estudio realizado por Garza y col. reporta una tasa mayor de Cesáreas en el grupo de adolescentes en comparación con las pacientes adultas, siendo la principal causa en estas la desproporción céfalo pélvica seguido por sufrimiento fetal, preeclampsia, presentación pélvica y condilomatosis.³ En el presente estudio las indicaciones más frecuentes de cesáreas en ambos grupos I y II fueron: electiva, periodo expulsivo prolongado, sufrimiento fetal agudo, presentación pélvica, iterativa, desproporción feto-pélvica y detención secundaria del descenso y la dilatación sin diferencias significativas entre ambos grupos.

Chinete y col. reportan que las adolescentes tuvieron significativamente más probabilidad de diagnostico de una enfermedad de transmisión sexual y recidivas durante el embarazo que los controles hechos en americanas, africanas. Las adolescentes tuvieron mayor riesgo que los controles de tener eclampsia y parto de pretermino. Las adolescentes menores tuvieron mayor riesgo que los controles de tener preeclampsia, eclampsia, parto pretermino bajo peso al nacer y muy bajo peso al nacimiento. Finalmente, adolescentes mayores tuvieron mayor riesgo que los controles para tener eclampsia.¹⁰

En el presente estudio los resultados que se obtuvieron difieren en lo reportado por otros autores, encontrado una mayor proporción de resolución del embarazo por operación cesárea en pacientes adultas con diferencias significativas entre los grupos tanto de primigestas como de pacientes con 2 o mas gestas. Dentro de las causas indicaciones mas frecuentes de cesárea para ambos grupos fue similar, dentro de las mas frecuentes fueron: la cesárea electiva, seguida de preeclampsia en las primigestas, y cesárea iterativa en las pacientes con 2 gestas o mas, sufrimiento fetal agudo, detención secundaria del descenso y la di-

latación, presentación pélvica, ruptura prematura de membranas.¹¹ La Prevalencia de aborto fue similar entre ambos grupos sin diferencias significativas lo cual difiere con lo reportado en la literatura por otros autores donde mencionan entre otras, mayores tasas de abortos espontáneos.¹²

En cuanto a los embarazos de adolescentes que se resolvieron por parto, la incidencia de distocia en estos fue baja 5.18% para el Grupo I y 2.01% para el Grupo II; sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, así como tampoco hubo diferencias significativas intragrupos lo cual se contrapone con lo reportado en la literatura donde se menciona que hay mayor incidencia de distocia en las pacientes adolescentes en comparación con las no adolescentes.²⁰ No se encontró diferencia significativa respecto a la duración en minutos del trabajo de parto en sus tres periodos en la comparación de pacientes primigestas del grupo I con las del grupo II. Sin embargo para las pacientes con 2 gestas o más si hubo diferencias significativas entre los grupos I y II en la duración del primer y segundo periodo de trabajo de parto siendo mayor en las del primer grupo, el periodo de alumbramiento fue similar entre ambos grupos.

Se administró analgesia obstétrica a las pacientes que así lo requerían basados en la escala de dolor que ellas referían, la cantidad de pacientes que recibieron este beneficio fue similar en proporción en ambos grupos.

En lo que se refiere al peso de los productos al nacer la mayoría se encontraron en límites normales alrededor del 90% para ambos grupos solamente un 4 a 5% de los productos con pesos subnormales, lo cual coincide con lo reportado en la literatura.³ Sin embargo estos resultados difieren con lo reportado por otros autores quienes informan mayor frecuencia de bajo peso al nacimiento en los productos de madres adolescentes.¹⁸ Además destaca el hecho que el peso del recién nacido en promedio es mayor que el informado por otros estudios.²⁰

No se encontraron diferencias significativas entre las valoraciones de Apgar al minuto el cual fue ligeramente mas bajo en ambos grupos, con buena valoración a los 5 minutos. La Escala de valoración de Silverman fue similar entre ambos grupos, tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la presencia de líquido meconial y sexo de los productos. Esto coincide con lo reportado en la literatura en los cuales

refiere puntuaciones de Apgar en algunos menores de 7 pero con una buena recuperación a los 5 minutos, sin diferencias entre los grupos.⁶

Referente a complicaciones en el posparto como hemorragia posparto, desgarros y laceraciones perineales, fue similar en ambos grupos. Estos resultados coinciden con lo reportado en la literatura.⁶

5. Conclusión

En esta investigación las adolescentes presentan diferencias estadísticamente significativas, en las características sociodemográficas en los que respecta al estado civil, menor control prenatal, una mayor proporción presentaron menor ingesta de suplementos vitamínicos, como hierro, ácido fólico y calcio. Así mismo las adolescentes tuvieron menor utilización de algún método anticonceptivo para planificación familiar.

En lo que se refiere a complicaciones durante la gestación, las adolescentes no incrementaron el índice de operación cesárea ni tampoco influyo en la incidencia de complicaciones obstétricas (parto pretermino, infección de vías urinarias, diabetes gestacional y cervicovaginitis), únicamente la preeclampsia se presento con una diferencia estadísticamente significativa en comparación con el grupo de la no adolescentes.

En cuanto a los resultados perinatales el embarazo en las adolescentes no aumento la incidencia de calificación baja de apgar al minuto y a los 5 minutos, ni elevo la tasa de de productos con bajo peso al nacimiento.

En la presentación de hemorragias, desgarros o laceraciones perineales posparto no se encontraron diferencias en las adolescentes con respecto a las no adolescentes.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en lo que respecta a la semana de gestación en la que se resolvió el embarazo ni a las indicaciones de los diversos procedimientos obstétricos practicados, pero si hubo diferencia en el numero de partos eutócicos y cesáreas efectuadas en ambos grupos, observándose que la frecuencia de extracción por vía abdominal fue significativamente menor en el grupo de adolescentes en comparación con las no adolescentes.

Referencias

1. Torres R. A, Coria SI, Zambrana M, Lara RR. La resolución de las adolescentes en comparación con la de las adultas. *Ginec Obst Méx.*1999; 67:377-83.
2. Stern C. Embarazo en la adolescente. como problema público: Una visión crítica. *Salud Púb. Méx.* 1997; 39:137-43.
3. De la Garza Quintanilla C, Celaya Juárez JA, Hernández Escobar C, Palacios Estrada G. Primigesta adolescente. *Ginec Obst Mex.*1997;65:533-37.
4. Julie A Quinlivan, Helen Box, Sharon F Evans. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomised controlled trial. *The Lancet* Vol. 361, pag. 893-900, March 15, 2003.
5. Polaneczky M, Slap G, Forke C, Rappaort A, Sondheimer S, The use of levnorgestrel implants (Norplant) for contraception in adolescent Mothers. *NEJM* November 3, 1994; Vol. 331:1201-1206.
6. Villanueva LA, Campos R, Pérez-Fajardo MM. Conocimiento y prácticas anticonceptivas en adolescentes embarazadas. *Ginec Obst Mex* 2001;69:239-42.
7. Amini SB, Catalano PM, Dierker LJ, Mann LI, Births to teenagers: Trends and obstetric outcomes. *Obstet Gynecol*, May 1, 1996; 87:668-74.
8. Dipti Ukil and U. I. Esen. Early Teenage Pregnancy Outcome: A Comparison Between A Standard And A Dedicated Teenage Antenatal Clinic. Department of Obstetrics and Gynaecology, South Tyneside District General Hospital, South Shields, UK *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2002) Vol. 22, No. 3, 270– 272.
9. Alatorre Rico J, Atkin LC. El embarazo adolescente y la pobreza, en Bonfil, Paloma y Vania Salles (eds.) *Mujeres pobres: salud y trabajo.* México: Gimtrap, 1998. Pp 13-30.
10. Chinete R. Eure, MD, MPH, Michael K. Lindsay, MD, MPH, and William L. Graves, PhD Atlanta, Ga Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an inner-city hospital, *Am J Obstet Gynecol* 2002, Volume 186, Number 5 pag 918-920.
11. Valdez BF, Valle VO. Prevalencia y factores de riesgo para complicaciones obstétricas en adolescentes. Comparación con la población adulta. *Ginec Obst Méx.* 1996;87:668-74.
12. Wielandt H, Boldsen J. Knudsen LB, The prevalent use of contraception among teenagers in Denmark and the corresponding low pregnancy rate. *J Biosoc Sci*, January 1, 2002; 34:1-11.
13. Lao TT, Ho LF. Obstetric outcome of teenage pregnancies. *Human Reproduction* 1998; vol. 13, 3228-3232.
14. Lao TT, Ho LF. The obstetric implications of teenage pregnancy. *Human Reproduction* 1997; vol. 12, 2303-2305.
15. Barda G, Arbel-Alon S, Bernstein D, Zakut H, Menczer J, Pregnancy and delivery en group of Israeli teenagers. A case-controlled study *Clin Exp Obstet Gynecol* January 1, 1998; 25:32-5.
16. Tuimala R, Hupli K, Piironen A, Punnonen R, Teenage pregnancy and delivery. *Ann Chir Gynaecol Suppl* January 1, 1987; 202:11-3.
17. Akinola SE, Manne NC, Archibong EI, Sobande AA, Teenagers obstetric performance. *Saudi Med J*, July 1, 2001; 22:580-4.
18. Buitendijk SE, Enk AV, Oosterhout R, Ris M, Obstetrical outcome in teenage pregnancies in the Netherlands; *Ned Tijdschr Geneesk*, December 4, 1993;137:2536-40.
19. Smith GCS, Pell JP. Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *BMJ* March, 2002; Vol 57, :136-137.
20. Ávila-Vergara MA, Morgan-Ortiz F, Fragoza-Sosa O, Haro-Garcia L. Condiciones perinatales en recién nacidos de madres adolescentes en el estado de Sinaloa: *Ginec Obst Méx.*1997;65:159.

Infeción por candida y vaginosis bacteriana y su asociación con parto pretérmino y ruptura prematura de membranas

Leticia Lara-Ávila,^a Fred Morgan-Ortiz,^{a*} Víctor Fernando Muñoz-Estrada,^a Maradi Zumara Rubio-Rodríguez,^a Marcela Gómez Llanos-Navidad,^a Claudia Lizeth Lizárraga-Gutiérrez^a

^aCoordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin. México

Objetivo: Evaluar la asociación de infección por candida y vaginosis bacteriana en pacientes embarazadas con parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. **Material y métodos:** Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y observacional en el cual se incluyeron pacientes con embarazo menor de 36 semanas de gestación en su primera visita prenatal a las cuales se les tomó una muestra cérvico vaginal para determinar la presencia de infección por candida y vaginosis bacteriana. De la muestra inicial de 173 pacientes se eliminaron 57 por pérdidas en el seguimiento, quedando 116 pacientes para el análisis de los datos. Se analizó la frecuencia de infección vaginal por candida y vaginosis bacteriana y su asociación con parto pretérmino y ruptura prematura de membranas. **Resultados:** El diagnóstico de vaginosis bacteriana se efectuó en el 40.5% de las pacientes (47/116). Se encontró una asociación estadísticamente significativa con ruptura prematura de membranas (RR: 5.24; IC 95%: 2.47-11.12) y parto pretérmino (RR: 3.30; IC95% : 1.08-10.10; $p = 0.0258$). El 89.7% de las pacientes (104/116) presentaron cultivo positivo para candida. Del total de pacientes con cultivo positivo para candida solo el 24% (25/104) presentaron síntomas de Candidiasis Vaginal. No se encontró asociación con ruptura prematura de membranas, (RR: 1.21; IC 95% : 0.62-2.36; $p=0.5788$) ni con parto pretérmino (RR: 1.62; IC 95% : 0.54-4.82; $p=0.4733$). **Conclusión:** La frecuencia de vaginosis bacteriana encontrada en la población estudiada en el Hospital Civil de Culiacán fue del 40.5% asociándose significativamente con ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. La frecuencia de candida en la flora vaginal se encontró en el 89.7%, presentando infección por candida el 24% de éstas pacientes, no encontrándose asociación con ruptura prematura de membranas y parto pretérmino.

Palabras clave: Embarazo, control prenatal, vaginosis bacteriana, candidiasis vaginal, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas.

Objective: To evaluate the association between candida and bacterial vaginosis infection in pregnant patients with pre-term childbirth and premature rupture of membranes. **Material and methods:** Longitudinal, prospective and observational study. It included pregnant patients with 36 weeks of gestation or lower, in each patient's first visit a vaginal cervical sample was taken her to determine candida and bacterial vaginosis infection. From the initial sample, we eliminated 57 patients for failure of following of such cases, being left 116 patients for the analysis of data. We analysed candida and bacterial vaginosis infection, frequency and their association with pre-term childbirth and premature rupture of membranes. **Results:** 40.5% (47/116) were diagnosed with bacterial vaginosis. There was a statistically significant association with premature rupture of membranes (RR:5.17; IC 95% : 2.44-10.95) and pre-term childbirth (RR:3.30; IC95% : 1.08 – 10.10 : $p = 0.0258$).89.7% (104/116) had positive culture to candida. From the total of patients with positive culture to candida, just 24% (25/104) had vaginal candidosis symptoms. There wasn't association with premature rupture of membranes, (RR: 1.21; IC 95% : 0.62-2.36; $p=0.5788$) and pre-term childbirth (RR: 1.62; IC 95% : 0.54-4.82; $p=0.4733$). **Conclutions:** The frequency of bacterial vaginosis in the study sample at Hospital Civil de Culiacan was 40.5% with significant association with premature rupture of membranes and pre-term childbirth. The frequency of Candida in the vaginal flora was found in a 89.7%, presenting active infection by Candida in 24% of these patients, there was no association with premature rupture of membranes and preterm birth.

Key words: Pregnancy, prenatal care, bacterial vaginosis, vagina, candidosis, preterm delivery, premature rupture of membranes.

*MC Fred Morgan-Ortiz. Maestría en Ciencias Médicas, Médico Cirujano, Jefe de investigación de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Corr.: E. Buelna No. 91, Col. G. Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sin., México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: fmorganortiz@hotmail.com

1. Introducción

Las infecciones vaginales, particularmente vaginosis bacteriana, han demostrado en muchos estudios longitudinales en la población estar asociados con aborto

tardío y parto pretérmino.¹ La prevalencia aumenta, del 15 a 30% en mujeres no embarazadas a más del 50% en mujeres embarazadas² y aunque en la mayoría de los casos puede ser asintomática, se ha relacionado con varias condiciones patológicas ginecológicas y obstétricas.²

Existe una gran evidencia que relaciona las infecciones del tracto urinario, infecciones intrauterinas, y microflora vaginal incluyendo vaginosis bacteriana, con un riesgo aumentado de nacimiento pretérmino espontáneo.⁴⁻⁷

El riesgo de parto pretermino es mayor en pacientes en quienes se detecta vaginosis bacteriana en el primer trimestre, que cuando se detecta en el segundo trimestre.⁴ La propuesta sobre la patogénesis de la inducción de parto pretérmino por infección, es la ascendencia de microorganismos desde el cervix o vagina y la subsecuente colonización de las membranas fetales y decidua,⁴ lo cual se asocia con concentraciones elevadas de elastasas, mucinasas y sialidasas en la vagina y el cervix y estas enzimas pueden ser utilizadas como un marcador de la colonización microbiana del tracto genital. La respuesta por microorganismos estimula directamente monocitos y macrófagos, resultando en la producción de prostaglandinas.³ Endotoxinas y exotoxinas liberadas por la invasión bacteriana, activan la decidua y membranas fetales para producir citoquinas, así como factor de necrosis tumoral (TNF) interleucina 1 alfa e interleucina 1 beta, interleucina 6 y 8, y factor estimulante de colonias de granulocitos-macrófagos, activando una reacción inflamatoria local. En respuesta, se estimula la síntesis y liberación de prostaglandinas.^{3,4} Estas, se liberan dentro de las membranas fetales, amnios, corion y decidua y estimulan las contracciones uterinas. Los microorganismos también pueden ser responsables al liberar metaloproteinasas del deterioro de las membranas corioamnióticas ocasionando su ruptura.³

La Candidiasis vaginal es la enfermedad más benigna del tracto genital inferior, presentándose con mayor frecuencia en zonas de clima cálido. Hay más de 200 cepas de *Candida* en vagina, todas capaces de colonizar e infectar, la más frecuente es *Candida albicans* (67-95%), y la más asociada con recidivas y fracasos a tratamiento es *Candida glabrata*.^{4,8} La asociación de parto pretérmino con candidiasis vaginal no está bien establecida y aunque se afirma que el tamizaje para candidiasis no se recomienda por

no asociarse con nacimiento pretérmino en grandes estudios,^{8,9} algunos resultados, tienden a mostrar reducción en parto pretérmino cuando se da tratamiento para *Candida*.³ El papel por el cual se da esta mejoría no está bien establecido.³ Se ha relacionado candidiasis en el tercer trimestre, con ruptura prematura de membranas e infección intraamniótica.⁵

La prevalencia de vaginosis bacteriana es estimada en el 16% en el embarazo y ésta es la causa más común de descarga vaginal y mal olor en la población obstétrica. Aproximadamente el 50% de las mujeres que cumplen con los criterios clínicos de vaginosis bacteriana, no tienen síntomas,⁹ sin embargo, el tratar pacientes asintomáticas de bajo riesgo con vaginosis bacteriana, no siempre prevé el parto pretérmino, ni reduce su incidencia aunque hay controversia al respecto, ya que se ha reportado reducción de hasta el 50% de parto pretérmino espontáneo con la detección temprana y tratamiento de infecciones vaginales subclínicas.^{1,4,10} Los principales agentes patógenos relacionados son: bacterias gram- negativas y anaerobias. (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Prevotella* sp, *Mobiluncus* sp, y *Peptostreptococcus*) y micoplasmas genital (*U. urealyticum* y *M. hominis*)⁴.

Uno de los beneficios de tamizar tempranamente y tratar mujeres positivas para vaginosis bacteriana, es que se ha asociado con una reducción parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (OR: 0.14), infantes de bajo peso al nacimiento (OR: 0.31) o aborto espontáneo cuando existen antecedentes de éstas patologías.¹¹

El riesgo relativo para parto pretérmino es de 1.4 a 1.9 en mujeres con vaginosis bacteriana después de las 26 SDG y de 5 a 7.5 en mujeres con vaginosis bacteriana y menos de 16 semanas de gestación.⁴ Debido a la relación de infecciones vaginales principalmente vaginosis bacteriana con parto pretérmino y a la controversia de detectar y tratar a estas pacientes desde el primer trimestre, es necesario conocer la prevalencia de los principales agentes patógenos del tracto genital en pacientes embarazadas de nuestro medio, así como establecer la base para posteriormente conocer la relación de infecciones vaginales con parto pretérmino y pérdida gestacional temprana en el Hospital Civil de Culiacán.

2. Material y métodos

Previa aprobación por el comité local de investigación y ética del Hospital Civil de Culiacán, se llevó a cabo un estudio clínico longitudinal, prospectivo y comparativo en el periodo comprendido de diciembre del 2005 a noviembre del 2006, en la consulta externa de obstetricia del Hospital Civil de Culiacán, en el cual se estudiaron 173 pacientes con embarazo menor de 36 semanas de gestación, que acudieron a control prenatal a la consulta externa de Ginecología y Obstetricia y otorgaron su consentimiento informado y por escrito para la toma de una muestra cervico-vaginal. De las pacientes que ingresaron al estudio se eliminaron 57 pacientes por perdidas en el seguimiento, quedando 116 pacientes para el análisis de los datos.

Se excluyeron pacientes que acudían a control prenatal por primera vez después de las 36 semanas de gestación y pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Para el cálculo de la edad gestacional se tomó en base a la fecha de última menstruación y se confirmó con ultrasonido del primero o segundo trimestre de gestación. A todas las pacientes incluidas en el estudio durante la primera visita, además de la evaluación prenatal de rutina, se tomaron muestras de secreción vaginal para determinar la presencia de vaginosis bacteriana e infección por *Candida* (en fresco y cultivo para determinar la especie). Estas muestras se realizaron con la paciente en posición litótomica, se colocó un espejo vaginal y se tomó una muestra de secreción con el cepillo la cual se depositó mediante técnica de barrido en 4 portaobjetos, a tres de los cuales se le aplicó fijador para citología. Se tomó otra muestra y se colocó en tubos de ensayo con agar dextrosa Sabouraud y agar Micobiótico.

Para determinación de pH y prueba de aminas se colocó tira reactiva sobre la muestra depositada en una de las laminillas y, 60 segundos después se leyó el resultado.

A esa misma laminilla se le aplicó una gota de Hidróxido de potasio (KOH) y 60 segundos después se obtiene el resultado siendo positiva si despidió olor característico a “pescado podrido”.

Las muestras obtenidas se trasladaron al Laboratorio de Micología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, donde se incubaron los tubos a temperatura ambiente de 2 a 5 días. Se

Fig. 1. Siembra en CHROMagar *Candida* para identificación de especie.



determinó como cultivo positivo para *Candida* aquellos que mostraron crecimiento de colonias levaduriformes en el tiempo esperado. Una vez crecidas las colonias se creó un campo estéril con el mechero de Bunsen y se tomó una muestra de la colonia la cual se sembró en CHROMagar *Candida* (Fig. 1) para la identificación de la especie de acuerdo al indicativo del uso de éste agar, donde el desarrollo de colonia verde corresponde a *Candida albicans* (Fig. 2), colonia morada corresponde a *C. glabrata* (Fig. 3), colonia azul corresponde a *C. tropicalis* (Fig. 4) y colonia blanca corresponde a *Candida sp*¹ (*Candida sp*¹ sin especie, no *glabrata*, no *tropicalis*, no *albicans*).

Para la tinción las laminillas se colocaron en alcohol durante 2 minutos para fijar la muestra, posteriormente se tiñó con Violeta de genciana durante 1 minuto, se lavó con agua corriente, se cubrió con solución yodada durante 1 minuto y se lavó de nuevo con agua, posteriormente esta muestra se decoloró con una mezcla de solución de alcohol-acetona. Se escurrió y cubrió con Safranina (color de contraste) durante 30 seg. Por último se lavó y espero a que se secan durante un periodo de 24 horas. Una vez secas las muestras se agregaron unas gotas de resina y se cubrió con el cubreobjetos, procediéndose a la visualización

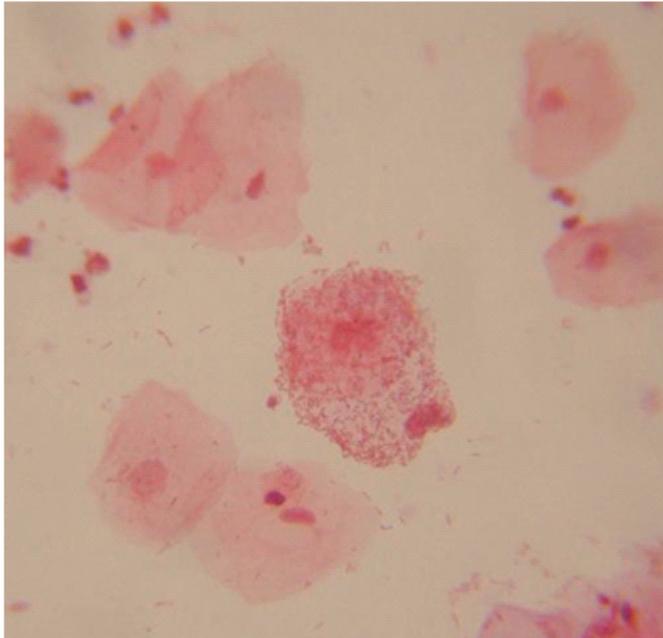
Fig. 2. Cultivo: *Candida albicans*.Fig. 4. Cultivo: *Candida tropicalis*Fig. 3. Cultivo: *Candida glabrata*.

al microscopio para la identificación de células clave (Fig. 5).

El diagnóstico de vaginosis bacteriana se realizó de acuerdo a los criterios de Amsel (pH > 4.5, aminas positivo, presencia de células guía y leucorrea homogénea), tomando como positivo para Vaginosis bacteriana la presencia de 3 o más criterios de Amsel. A cada paciente se le dio seguimiento hasta la resolución de embarazo mediante la continuación de su control prenatal para evaluar que paciente presentaba nacimiento pretérmino o ruptura prematura de membranas.

Las variables de interés primario fueron, la presencia de infección por *Candida* y vaginosis bacteriana. Una vez obtenido los resultados de infección o no infección, se realizó una comparación entre las pacientes que presentaron y no presentaron infección por *Candida* y vaginosis bacteriana en lo que respecta a su asociación con parto pretérmino (nacimiento después de las 20 SDG y antes de las 37 SDG) y ruptura prematura de membranas (ruptura de las membranas 2 horas antes del inicio del trabajo de parto).

Las variables numéricas se describen como *medias ± desviación estándar* y las categóricas con porcentajes y frecuencias. Para evaluar la asociación de variables categóricas se utilizó la prueba Ji cuadrada

Fig. 5. Cultivo: *Célula clave*.

de Mantel-Haenzel y la prueba t de student para la comparación de medias. Se muestra el riesgo relativo con intervalo de confianza del 95% para evaluar la fuerza de asociación entre variables. Un alfa menor de 0.05 se consideró estadísticamente significativo. El análisis estadístico, se efectuó con el paquete estadístico Epi-Info versión 6.04.

3. Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 24.3 ± 6.24 años con una mínima de 14 años y una máxima de 40 años. En lo que respecta a las características generales de las pacientes como semanas de gestación a la primera visita prenatal, uso de hierro oral, ingesta de ácido fólico y multivitamínicos, antecedentes gineco-obstétricos como gestas, paras, abortos, cesáreas, tiempo transcurrido del último nacimiento al embarazo actual, tiempo transcurrido del último aborto al embarazo actual, número de parejas sexuales, uso previo de anticonceptivo y tipo de método utilizado, así como antecedente de haber recibido tratamiento para infección vaginal (Cuadro 1).

El nivel de hemoglobina promedio de las pacientes en el examen inicial fue de 12.04 ± 1.24 gr/dl, encontrándose una frecuencia de anemia del 7%

Cuadro 1.- Características generales de la población de estudio

| | |
|--|-------------|
| Semanas de gestación a la primera visita prenatal | 22.9±9.074 |
| Gestas | 2.17± 1.22 |
| Paras | 0.729±1.06 |
| Abortos | 0.231±0.466 |
| Cesáreas | |
| 1 | 13.3% |
| 2 | 7.6% |
| Tiempo transcurrido del último nacimiento al embarazo actual | |
| 6-12 meses | 9.2% |
| 12-24 meses | 16.9% |
| > 24 meses | 73.8% |
| Tiempo transcurrido del último aborto al embarazo actual | |
| > 6 meses | 65.2% |
| < 6 meses | 34.8% |
| Parejas sexuales | |
| 2 | 17.2% |
| 3 o más | 6.9% |
| Uso de anticonceptivo | 37.9% |
| Hormonal oral | 28.4% |
| Dispositivo intrauterino | 8.8% |
| Preservativo | 1.8% |
| Antecedente de tratamiento para infección vaginal | 12.1% |

(hemoglobina menor de 10.5 gr/dl). El promedio de glicemia fue de 84.9 ± 8.61 mg%, únicamente dos pacientes presentaron niveles mayores de 110mg% a las cuales se le solicitó curva de tolerancia a la glucosa. El resultado del urocultivo realizado en la primera visita prenatal fue positivo en el 30.1% (37/116) de las pacientes. A estas pacientes se les dio tratamiento de acuerdo a antibiograma considerando su contraindicación durante el embarazo.

El 89.7% (104/116) de las pacientes presentaron cultivo positivo para *Candida* (Fig. 1). Siendo la especie de *Candida* más frecuente encontrada la *glabrata* con el 57.7% (60/104), seguido por la especie *albicans* con un 26.9% (28/104) y *tropicalis* con el 9.6% (10/104), el 5.7% (6/104) correspondió a *Candida* sp. Del total de pacientes con cultivo positivo para *Candida* solo el 24% (25/104) de las pacientes presentaron síntomas de Candidiasis vaginal proporcionándoseles tratamiento a base de clotrimazol.

El diagnóstico de vaginosis bacteriana se efectuó en el 40.5% de las pacientes (47/116), la frecuencia de

Cuadro 2. Frecuencia de criterios de Amsel en pacientes con Vaginosis bacteriana (n=47)

| Criterio | n | Porcentaje |
|-----------------------------------|----|------------|
| Ph>4.5 | 44 | 93.1% |
| Aminas (+) | 41 | 87.2% |
| Células guía (+) | 38 | 80.8% |
| Secreción vaginal blanco-grisácea | 43 | 91.4% |

cada uno de los criterios de Amsel son mostrados en el Cuadro 2.

Se presentó ruptura prematura de membranas en el 27.5% de las pacientes (32/116) y de éstas el 78.1% (25/32) tuvieron Vaginosis bacteriana, siendo esta asociación estadísticamente significativa (RR: 5.24; IC 95% : 2.47-11.12).

En lo que respecta a la asociación entre vaginosis bacteriana y parto pretérmino, se encontró que el 19.1% (9/47) de las pacientes con vaginosis bacteriana presentaron parto pretérmino comparado con el 5.7% de las pacientes sin vaginosis que presentaron parto pretérmino (4/69), encontrando una asociación estadísticamente significativa (RR: 3.30; IC95%: 1.08-10.10; $p = 0.0258$).

El 28.8% (30/104) de las paciente con cultivo positivo para *Cándida*, presentaron ruptura prematura de membranas comparado con el 16.6% (2/12) de las pacientes con cultivo negativo y ruptura prematura de membranas, no encontrándose asociación entre cultivo positivo a *Cándida* y ruptura prematura de membranas (RR: 1.73; IC 95%: 0.47-6.36; $p = 0.3734$). De las 25 pacientes con cultivo positivo para *Cándida* y sintomatología compatible con Candidiasis vaginal, el 23% (8/25) presentaron ruptura prematura de membranas, no encontrándose una asociación estadísticamente significativa (RR:1.21; IC 95%: 0.62-2.36; $p = 0.5788$).

No hubo asociación entre cultivo positivo a *Cándida* y parto pretérmino (RR: 1.38; IC95% : 0.20 – 9.74; $p = 0.7400$); tampoco se encontró asociación entre la presencia de cultivo positivo para *Cándida* mas

sintomatología compatible con Candidiasis vaginal y parto pretérmino (RR: 1.62; IC 95%:0.54-4.82; $p = 0.4733$).

El 11.2% (13/116) de las pacientes presentaron parto pretérmino y el 1.7% (2/116) terminaron en pérdida gestacional temprana. De las pacientes que presentaron parto pretérmino, el 76.9% (10/13) se asoció con ruptura prematura de membranas (RR: 8.75;IC 95% : 2.57-29.77; $p = 0.00001$).

4. Discusión

La causa más común de infección vaginal en mujeres en edad reproductiva y embarazo es la vaginosis bacteriana. Su prevalencia se estima en el 16%⁴ de las pacientes embarazadas, aunque algunos autores reportan que aumenta hasta el 50% en el embarazo.²

En el presente trabajo de investigación, en el que se estudiaron pacientes con embarazo menor de 36 semanas de gestación, con respecto a la presencia o ausencia de infección vaginal por *Cándida* y vaginosis bacteriana, se encontró que las características generales de la población son similares a las reportadas en otros estudios multicéntricos.^{1-3,6-9}

La frecuencia de vaginosis bacteriana encontrada en esta muestra de 116 pacientes embarazadas fue del 40.5%, la cual es similar a la reportada en otros estudios. La vaginosis bacteriana, ha sido fuertemente asociada con aumento de riesgo de parto pretérmino pero no se conoce actualmente si la vaginosis bacteriana causa el parto pretérmino o es solo un marcador de colonización intrauterina.^{3,7,15} En éste estudio, un hallazgo importante fue la asociación estadísticamente significativa entre vaginosis bacteriana y ruptura prematura de membranas y entre vaginosis bacteriana y parto pretérmino lo cual es coincidente con lo reportado en la literatura, aunque este no fue el propósito del estudio. Siendo la vaginosis bacteriana la causa más común de descarga vaginal y mal olor en la población obstétrica, es de hacer notar que la mitad de las pacientes que cumplen con los criterios clínicos para vaginosis bacteriana no tienen síntomas.⁴ Si comparamos los signos y síntomas que se presentaron en la pacientes en que se detectó vaginosis bacteriana podemos observar que el indicador más frecuentemente encontrado fue el pH > 4.5, sin embargo es importante considerar que la variación en el pH se puede producir por múltiples razones, por lo tanto, este signo

por sí solo no es suficiente para efectuar el diagnóstico, aunque debido a la frecuencia con la cual se informa y a que es económico y fácil de efectuar, debe servir como indicador para que siempre se busquen las células clave o guía, cuando se eleva el pH vaginal. A pesar de que se considera la presencia de células clave y el olor a aminas del flujo vaginal como los indicadores más confiables para el diagnóstico de vaginosis bacteriana según los criterios de Amsel,¹⁶ únicamente se pudieron constatar en el 80.8% y 87.2% respectivamente de los casos positivos; Como se sabe, la presencia de flujo vaginal no es un signo patognomónico de este síndrome, ya que se puede observar en gran número de vulvovaginitis de diversas etiologías y, en muchos casos positivos de vaginosis bacteriana no hay antecedentes de este signo ni se observa al examen ginecológico; por tal motivo su presencia o ausencia no confirma ni excluye el diagnóstico. Es importante recordar que la vaginosis bacteriana no es una infección causada por un solo microorganismo, sino que existe debido a una sobrepoblación de los gérmenes habituales de la vagina, por tal motivo los cambios en la flora bacteriana vaginal o la presencia de *Gardnerella* no se pueden utilizar como criterio indicativo de vaginosis bacteriana. El valor predictivo de un cultivo positivo para *Gardnerella vaginalis* como diagnóstico de vaginosis bacteriana es menor al 50%.

En lo que respecta a la candidiasis vaginal, es la micosis más común en la mujer, al menos el 70% de las mujeres en edad reproductiva han reportado algún episodio de candidiasis durante su vida. La prevalencia de *Candida* en mujeres sanas asintomáticas en edad reproductiva es del 20%,⁴ la cual se duplica durante el embarazo. Esta gran diferencia entre lo reportado en la literatura en mujeres no embarazadas y embarazadas se puede explicar, por que en mujeres sanas en edad reproductiva no embarazadas los lactobacilos inhiben su crecimiento, pero en cualquier momento pueden proliferar por cambios en la susceptibilidad propia de la resistencia del huésped convirtiéndose en patógena. En el presente estudio, el 89.7% de las pacientes presentaron cultivo positivo para *Candida*. Se ha reportado que el 80%-90% de infecciones por *Candida* se deben a la especie *albicans*,⁸ esto difiere de lo encontrado en nuestra población en estudio donde la especie de *Candida* más frecuente fue *C. glabrata* con el 57.7% y *C. albicans* con el 26.9%. En grandes estudios no se ha encontrado asociación entre la in-

fección por candidiasis vaginal durante el embarazo y parto pretérmino,^{3,8} sin embargo, algunos estudios muestran reducción en la frecuencia parto pretérmino cuando se da tratamiento para infección por *Candida*.³ El papel por el cual se da esta mejoría no está bien establecido.³ Se ha relacionado a la candidiasis vaginal en el tercer trimestre, con ruptura prematura de membranas e infección intramniótica.⁵ Los resultados del presente estudio no mostraron asociación entre infección por *Candida* y ruptura prematura de membranas, así como tampoco entre infección por *Candida* y parto pretérmino.

Podemos concluir que la frecuencia de vaginosis bacteriana encontrada en la población estudiada en el Hospital Civil de Culiacán fue del 40.5%, la cual es similar a la reportada en otros estudios y esta se asoció significativamente con ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. La presencia de *Candida* en la flora vaginal se encontró en el 89.7%, presentando infección por *Candida* el 24% de estas pacientes, no encontrando asociación con ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. Es necesario realizar otros estudios con tamaño de muestra más grandes y que sean de tipo longitudinal para observar si estos hallazgos son consistentes.

Referencias

1. Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomized controlled trial of an infection screening programe to reduce the rate of preterm delivery. *Br Med J* 2004; doi:10.113/bmj.3869.519653.EB
2. Nelson DB, Macones G. Bacterial Vaginosis in Pregnancy: Current Findings and Future Directions. *Epidemiol Rev* 2002;24:102-08.
3. Riggs MA, Klebanoff MA. Treatment of Vaginal Infections to preevent Preterm Birth: A Meta-Analysis. *Clin Obstet Gynecol* 2004;47:796-807.
4. Yost NP, Cox SM. Infection and Preterm Labor. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43:759-67.
5. Sobel JD. Vaginitis. *N Eng J Med* 1997;337,26:1896-1903.
6. Leitich H, Brunbauer M. Antibiotic treatment of bacterial vaginosis in pregnancy: A meta-

- analysis. *Am j Obstet Gynecol* 2003;188,3:752-58.
7. Leitich H, Bodner-Adler B et al. Bacterial Vaginosis as risk factor for preterm delivery: A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189,1:139-47.
 8. Cotch MF, Hillier SL, Eschenbach DA. Epidemiology and outcomes associated with moderate to heavy *Candida* colonization during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:374-80.
 9. Hay Pe, Morgan DJ, Iscon Ca, et al. A longitudinal study of bacterial vaginosis and other changes in the vaginal flora during pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1994;101:1048-53.
 10. Potter B, Jhorden L, Porter M. Should we screen for bacterial vaginosis in those at risk for preterm labor?. *J Fam Pract* 2004;53:827-31.
 11. McDonald H, Brocklehurst P, Parsons J, Vigneswaran R. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy (Cochrane Review), In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004.
 12. Romero R, Mazor M. Infection and preterm labor. *Clin Obstet Gynecol*. 1988;31:553-584.
 13. Goncalves LF, Chaiworapongsa T, Romero R. Intrauterine infection and prematurity. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8:3-13.
 14. Goldemberg RL, Hauth JC, Andrews WC. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med*. 2000;342:1500-1507.
 15. Schwebke JR. Bacterial Vaginosis. *Curr Infect Dis Rep*. 2000;2:14-17
 16. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, et al. Non-specific vaginitis. *Am J Med* 1983;74:14-22.

Eficiencia y seguridad de remifentanilo-propofol vs fentanilo-propofol para anestesia general intravenosa en legrado uterino instrumentado

María del Rayo Verdejo-Sala,^a Fred Morgan-Ortiz,^{a*} José Alonso Betancourt-Sandoval,^a Alma Ruth Gerardo-Angulo,^a Ildefonso Villa-Gastelum,^a Felipe de Jesús Peraza-Garay^a

^aCoordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin. México

Objetivo: Evaluar la eficiencia y seguridad de remifentanilo-propofol VS fentanilo-propofol en legrado uterino instrumentado (LUI). **Material y métodos:** Se realizó un ensayo clínico controlado ciego simple, en mujeres sometidas a LUI; Se dividieron en 2 grupos: A ($n = 70$, remifentanilo-propofol) y B ($n = 70$, fentanilo-propofol). Se evaluó nivel de sedación (OAASS), tiempo de recuperación anestésica, movimiento con el estímulo, consumo de hipnótico, grado de analgesia (EVA), variación en la PAM, FC, FR, SPO2%, efectos colaterales y necesidad de ventilación asistida en ambos grupos. **Resultados:** No hubo diferencias significativas ($p > .05$) en la PAM, FC, SPO2%, grado de analgesia pre y postquirúrgica, presencia de náuseas/vómito o movimiento con el estímulo entre los grupos. En el grupo B la FR disminuyó de forma significativa ($p < .05$), requirieron de más minutos en recuperarse de la anestesia ($p < .05$), su nivel de sedación postquirúrgica y el consumo de propofol fue mayor (RM: 8.05; IC 95%3.21 – 20.71; $p < .05$) que en el grupo A. La necesidad de ventilación asistida en el grupo A fue menor (RM: 0.18; IC95%0.08 – 0.4; $p < .05$) y requirieron menos dosis subsecuentes de propofol (RM 0.04; IC 95% : 0.01-0.10; $p < .05$). El peso corporal no se relacionó con dosis extras de propofol en ninguno de los 2 grupos (A, $p = 0.521$, B, $p = 0.7554$). Conclusiones: La combinación remifentanilo-propofol resultó ser una técnica viable, con mayor eficiencia y seguridad que la combinación fentanilo-propofol para anestesia general endovenosa.

Palabras claves: Anestesia general intravenosa, Remifentanilo, Fentanilo, Propofol, Legrado uterino instrumentado.

Objective: To evaluate the efficiency and safety of remifentanyl-propofol vs fentanyl-propofol on instrumented curettage. **Material and methods:** A single blinded clinical trial was conducted, in women underwent instrumented curettage; they were divided in two groups: A ($n = 70$, remifentanyl-propofol) and B ($n = 70$, fentanyl-propofol). Sedation level (OAASS), anesthetic recovery time, motion with the stimulus, hypnotic intake, degree of analgesia (EVA), variation in MBP, HR, RR, SPO2%, side effects, and need for assisted ventilation were evaluated in both groups. **Results:** We do not found significant differences ($p < .05$) on MBP, HR, SPO2%, sedation level pre and postoperative, presence of nausea/vomiting or motion with the stimulus between groups. In Group B the respiratory rates decreased significantly ($p < .05$), required more minutes to recover from anesthesia, sedation level and propofol intake was higher (OR:8.05; IC 95%3.21-20.71; $p < .05$) than Group A. The need for assisted ventilation was lower in group A (OR: 0.18;IC 95%0.08 – 0.4; $p < .05$). and required fewer propofol subsequent doses (OR: 0.04; IC 95%0.01 – 0.10; $p < .05$). Body weight was not associated with extra doses of propofol in any group (A: $p = 0.521$, B: $p = 0.755$). **Conclusions:**The remifentanyl-propofol combination proved to be a viable technique with greater efficiency and safety than the combination fentanyl-propofol for intravenous anesthesia.

Key words: Intravenous anesthesia, remifentanyl, fentanyl, propofol, instrumented curettage.

1. Introducción

Entre los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan en obstetricia está el legrado uterino instrumental.¹ Es conveniente estandarizar alternativas anestésicas que permitan realizar en condiciones

óptimas este tipo de procedimientos siendo más controlables y predecibles para el anestesiólogo en forma ambulatoria.

La técnica ideal de anestesia general endovenosa es aquella que proporciona condiciones óptimas para el procedimiento, como inducción rápida sin cambios bruscos de los parámetros vitales, de fácil administración, vida media corta, analgesia y control neurovegetativo, así como satisfacción del ginecólogo y la paciente durante y después del procedimiento, además de una rápida recuperación, ausencia de efectos secun-

*MC Fred Morgan-Ortiz. Maestría en Ciencias Médicas, Médico Cirujano, Jefe de investigación de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Correspondencia: Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: fmorganortiz@hotmail.com

darios y una mejor relación costo-beneficio.^{2,3}

Hay estudios que reportan acerca del beneficio de la anestesia total intravenosa (TIVA) con propofol y remifentanilo incluyendo la estabilidad hemodinámica, pérdida y recuperación del estado de la conciencia, tiempos de apertura ocular, orientación, mejor control sobre la profundidad anestésica y el ahorro en el consumo de los fármacos.⁴

Las combinaciones de hipnóticos y opioides disminuyen las dosis individuales necesarias y facilitan una recuperación más rápida de la conciencia, mayor estabilidad hemodinámica y un reducción en el consumo total de fármacos, lo que demuestra sinergia importante entre hipnótico-opioide.^{5,6} De esa manera, la recuperación rápida del sensorio y un mejor control anestésico son facilitados si se usan opioides en combinación con otros anestésicos y no como agentes únicos.⁷

El desarrollo de nuevos agentes intravenosos, como el remifentanilo, con perfiles farmacocinéticos y farmacodinámicos típicos, de duración breve, rápido inicio y rápida desaparición de sus efectos han permitido que hoy en día se haya incrementado la práctica de la anestesia total intravenosa con estos medicamentos.⁸ Actualmente no hay evidencia de las características y el comportamiento de la analgesia endovenosa con remifentanilo en legrados obstétricos en México.

2. Material y métodos

Se llevó a cabo un ensayo clínico controlado ciego simple, donde se incluyeron mujeres ASA I que fueron hospitalizadas en el Hospital Civil de Culiacán con diagnóstico de embarazo intrauterino no viable para legrado uterino instrumentado, previa aprobación por el Comité de Investigación y ética del Hospital; aleatoriamente las pacientes se dividieron en 2 grupos, el grupo A ($n = 70$, remifentanilo-propofol) y el grupo B ($n = 70$, fentanilo-propofol).

Al ingreso al área de tococirugía, se registraron los datos demográficos, signos vitales y se verificó que tuvieran ayuno de 8 hrs.

Posteriormente las pacientes fueron llevadas al quirófano, se instauró un acceso venoso periférico y monitorización no invasiva: electrocardiograma (derivación DII), presión arterial (baumanómetro automatizado) y pulsioximetría. Se registró el grado de

Cuadro 1. Escala de sedación y despertar evaluada por observador OAASS)⁸

| Sedación Total | | | | |
|---------------------|----------------|-----------------------|---------------|--------|
| Respuesta | Habla | Expresión facial | Ojos | Puntos |
| Rápida al llamado | Normal | Normal | Abiertos | 5 |
| Lenta al llamado | Lenta | Leve relajación | Ptosis | 4 |
| Al llamado repetido | Muy lenta | Relajación importante | Casi cerrados | 3 |
| Al movimiento | Incomprensible | | | 2 |
| Ni al movimiento | | | | 1 |

20 - 18: alerta; 17-15: sedación leve; 14-11: sedación profunda; < 10: no coopera

dolor mediante interrogatorio directo a la paciente con la escala visual análoga (EVA) y recibieron ketorolaco 30 mg IV como analgésico. Durante la cirugía, se evaluó el grado de sedación de acuerdo a la escala OAASS (Cuadro 1), el movimiento con el estímulo, la presión arterial media (PAM), frecuencia cardiaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), SPO₂% y la necesidad de ventilación asistida.

Se suministró O₂ al 100% por puntas nasales a 2 litros por minuto y, antes del lavado quirúrgico para las pacientes del grupo A se les administró un bolo de remifentanilo de 1 mcg/kg IV, para las pacientes del grupo B se les administró un bolo de fentanilo a 2mcg/kg IV. Antes de la colocación del espéculo y del pinzamiento del cuello uterino, se administró para las pacientes del grupo A un nuevo bolo de remifentanilo de 1 mcg/kg IV y un bolo de propofol a 2 mg/kg, para las pacientes del grupo B se administró un bolo de propofol a 2mg/kg sin opioide. El mantenimiento durante el legrado se realizó con bolos adicionales de remifentanilo de 0.5 a 1mcg IV (intervalo aproximado de 3 minutos) y bolos adicionales de propofol de 30 mg IV (intervalo aproximado de 10 minutos) según la necesidad para las pacientes del grupo A y a las pacientes del grupo B se les administró bolos adicionales de propofol de 30 mg IV (intervalo aproximado de 10 minutos) y bolos adiciones de fentanilo de 100 mcg IV (intervalo aproximado de 20 minutos) según la necesidad. Una vez terminado el procedimiento se cuantificó el tiempo transcurrido entre su final y el paso de la paciente a la camilla por medios propios para determinar el tiempo de recuperación anestésica y las pacientes

fueron trasladadas al área de maternidad, dónde, a los 10 minutos de estar en dicha área, se evaluó el dolor mediante EVA y la presencia de náuseas o vómito.

Para analizar el comportamiento de los grupos en el tiempo con respecto a las variables numéricas, se utilizó un Análisis de Varianza para un diseño de medidas repetidas. La comparación de medias se realizó con prueba t-student e intervalos de confianza corregidos por Bonferroni.

Para comparar los grupos con respecto a variables dicotómicas, se utilizaron pruebas ji-cuadrada o la prueba exacta de Fisher cuando fue necesario. Se utilizaron la pruebas U-Mann Whitney y Kruskal-Wallis para las pruebas de variables ordinales. La comparación de variables numéricas consideradas en el estudio se realizó con la prueba t-student para muestras independientes. Se muestran los resultados por medio de tablas descriptivas y gráficas. Los estadísticos de variables numéricas en formato $\text{media} \pm \text{desviación estándar}$ y las variables categóricas en conteos, porcentajes y cuartiles. Los datos obtenidos fueron analizados con el software SPSS versión 15. Valores de probabilidad menores a 0.05 se consideraron estadísticamente significativos.

3. Resultados

La media de IMC del grupo A fue de 23.5 ± 1.73 y del grupo B fue de 24.13 ± 1.92 encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.044$). La dosis (mg) media requerida de propofol en las pacientes del grupo A fue de 134.14 ± 24.8 , en el grupo B fue de 184.85 ± 25.0 encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < .05$). Las pacientes del grupo A requirieron menos dosis subsecuentes de propofol ($10/70$ vs $57/70$) (RM: 0.04; IC 0.01-0.10; $p < .05$). El peso corporal no se relacionó con dosis extras de propofol en ninguno de los 2 grupos (A $p = 0.521$, B $p = 0.755$). (Cuadro 3)

El ANOVA mostró que no existieron diferencias significativas en las medias de PAM entre los grupos ($p > .05$). La PAM promedio antes del inicio del procedimiento (0 min) en el grupo A fue de 87.05 ± 4.91 , en el grupo B fue de 87.40 ± 7.60 . A los 5 minutos en el grupo A fue de 70.36 ± 6.03 , en el grupo B fue de 71.57 ± 8.40 . A los 10 minutos en el grupo A ($n = 58$) fue de 74.90 ± 4.99 ; en el grupo B ($n = 68$) fue de 74.88 ± 6.39 . La PAM postquirúrgica promedio en el

grupo A fue de 79.16 ± 5.74 , en el grupo B fue de 79.44 ± 5.83 . (Cuadro 2)

Tampoco se observaron diferencias significativas en la FC ($p > .05$). La FC promedio a los 0 min en el grupo A fue de 82.29 ± 10.58 , en el grupo B fue de 82.46 ± 11.15 . A los 5 minutos en el grupo A fue de 63.66 ± 10.76 , en el grupo B fue de 67.91 ± 13.2 . A los 10 minutos en el grupo A ($n = 58$) fue de 67.78 ± 9.28 , en el grupo B ($n = 68$) fue de 70.62 ± 10.90 . La FC postquirúrgica promedio en el grupo A fue de 72.59 ± 8.32 , en el grupo B fue de 73.91 ± 9.16 . Se observaron 10 (14.2%) pacientes con taquicardia en el grupo A y 6 (8.57%) pacientes en el grupo B al inicio del procedimiento ($p = 0.288$). A los 5 minutos una paciente del grupo B (1.42%) persistió con taquicardia ($p = 1$). (Cuadro 2)

Se observaron diferencias significativas ($p < .05$) en las medias de FR entre los grupos al trascurrir el procedimiento. La FR promedio a los 0 minutos en el grupo A fue de 17.89 ± 0.87 , en el grupo B fue de 17.69 ± 0.81 sin diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.127$). A los 5 minutos en el grupo A fue de 10.86 ± 2.24 , en el grupo B fue de 9.11 ± 3.14 encontrándose diferencias estadísticamente significativas siendo más frecuente la presencia de bradipnea en el grupo B ($37/70$ vs $12/70$) ($p < .05$). La FR promedio a los 10 minutos en el grupo A ($n = 58$) fue de 13.3 ± 1.01 , en el grupo B ($n = 68$) fue de 12.61 ± 1.56 encontrándose diferencias estadísticamente significativas siendo mayor el número de pacientes del grupo B con FR menores. Dos (2.94%) pacientes de este grupo continuaron con bradipnea ($p = 0.004$). La FR postquirúrgica promedio en el grupo A fue de 15.62 ± 0.74 , en el grupo B fue de 14.83 ± 1.07 , esta diferencia fue significativa ($p < .05$). (Cuadro 2)

No se observaron diferencias significativas entre los grupos en el promedio de SPO2 ($p > .05$). La SPO2 % promedio a los 0 minutos en el grupo A fue de 98.91 ± 0.33 , en el grupo B fue de 99.0 ± 0.0 . A los 5 minutos en el grupo A fue de 94.59 ± 3.56 , en el grupo B fue de 95.03 ± 4.32 . A los 10 minutos en el grupo A fue de 97.52 ± 0.82 , en el grupo B fue de 97.90 ± 1.25 . La SPO2 % postquirúrgica promedio en el grupo A fue de 98.45 ± 0.53 , en el grupo B fue de 98.37 ± 0.68 . (Cuadro 2)

En relación a la necesidad de ventilación asistida, fue significativamente menor la frecuencia de pacientes que la requirieron en el grupo A (12/70

Cuadro 2. Estadísticas para la seguridad anestésica por grupo

| | Grupo A | Grupo B | RM/IC 95% | Sig. |
|-----------------------------------|-----------|------------|------------------|-------------|
| PAM pre/postqx | 87/79.6 | 87.4/79.4 | | 0.814/0.824 |
| FC pre/postqx (lpm) | 82.2/73.9 | 82.4/73.90 | | 0.524/0.948 |
| FR pre/postqx (min) | 17.8/15.7 | 17.6/14.8 | | 0.127/0.000 |
| SPO2% pre/postqx | 98.9/98.5 | 99/98.3 | | 0.056/0.132 |
| Necesidad de ventilación asistida | 17.10% | 52.80% | 0.18/0.08 - 0.43 | 0.000 |

vs 37/70) (RM: 0.18; IC 95% 0.08-0.43; $p < .05$). (Cuadro 2).

No se observaron diferencias significativas en el grado de dolor pre quirúrgico ($p = .351$) y post quirúrgico ($p = .619$) entre los grupos. En el prequirúrgico, la mediana del grado de dolor para el grupo A fue de 2 (rango 0-8), y para el grupo B la mediana fue de 2.5 (rango 0-9). En el postquirúrgico la mediana del nivel de dolor fue de 0 (sin dolor) en ambos grupos (rango 0-2). (Cuadro 3)

El promedio de minutos que se requirieron para la recuperación anestésica en el grupo A fue de 5.3 ± 2.06 , en el grupo B fue de 9.28 ± 2.34 encontrándose diferencias estadísticamente significativas, tardando más minutos en recuperarse las pacientes del grupo B ($p < .05$). (Cuadro 3).

No se observaron diferencias significativas ($p = 0.317$) en el nivel de sedación entre los grupos al inicio del procedimiento. La mediana en ambos grupos fue de 20 (alerta). Tampoco se observaron diferencias significativas ($p = 0.341$) al minuto 5, con una mediana de 1 (sin cooperación) en ambos grupos. A los 10 minutos, el nivel de sedación fue significativamente ($p = .000$) mayor en el grupo A, con una mediana de 14 (sedación profunda), contra una mediana de 11 (sedación profunda) en el grupo B. El nivel de sedación posquirúrgico fue significativamente ($p = .000$) mayor en el grupo A con una mediana de 19 (alerta), contra una mediana de 17 (sedación leve) del grupo B. (Cuadro 3)

No hubo una diferencia estadísticamente significativa en la aparición de movimiento durante el procedimiento entre los grupos, grupo A:9/70 vs grupo B:13/70 (RM: 0.65; IC 0.23-1.79; $p = 0.486$). (Cuadro

Cuadro 3. Estadísticas para la eficiencia anestésica por grupo

| | Grupo A | Grupo B | RM/IC 95% | Sig. |
|--|-----------|-----------|------------------|--------|
| Nivel de sedación postqx (mediana OAASS) | 19 | 17 | 8.05/3.2-20.71 | <.05b |
| Tiempo de recuperación anestésica | 5.3 min | 9.2 min | | <.05a |
| Aparición de movimiento con el estímulo | 12.80% | 18.50% | 0.65/0.23-1.79 | 0.486b |
| Dosis requerida de hipnótico | 134.14 mg | 184.85 mg | | <.05a |
| Dosis subsecuentes de hipnótico | 14.20% | 81.40% | 0.04/0.01 - 0.10 | < .05b |
| Grado de analgesia postqx (mediana EVA) | 0 | 0 | 1.38/0.4 - 4.84 | 0.87 |
| Presencia de náuseas/vómito | 4.28% | 7.14% | 0.58/0.10-2.99 | 0.715b |

3)

En relación a la presencia de náuseas, no se demostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, grupo A: 3/70, grupo B: 5/70 (RM: 0.58; IC95% 0.10-2.99; $p = 0.715$). Ninguna de las 140 pacientes presentó vómito. (Cuadro 3)

4. Discusión

De acuerdo a las modificaciones en la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud en el 2002 donde se incluyen los requerimientos mínimos necesarios para cirugía mayor ambulatoria, este tipo de procedimientos deben realizarse en salas de cirugía sin producir invalidez, afectación o modificación de los parámetros de las funciones vitales del paciente en la valoración postoperatoria inmediata, requiriendo únicamente de hospitalización en cama no censable, para ser dado de alta en un lapso no mayor de 24 horas, a partir del ingreso a la unidad quirúrgica.⁹ Y siendo la cirugía ginecológica, uno de los tipos más comunes de procedimiento ambulatorio, en este ensayo de casos aleatorizados realizamos una técnica anestésica poco descrita anteriormente en la literatura basada en analgesia con remifentanilo e hipnosis con propofol, para pacientes a quienes se les practicó legrado obstétrico, un proced-

imiento caracterizado por estímulos intensos de corta duración.

Las características demográficas de las pacientes son generalizables a la población que en el mundo entero es sometida a este procedimiento quirúrgico. En este estudio se observó que aunque las pacientes del grupo B presentaron un IMC promedio ligeramente mayor (3%), el peso corporal no se relacionó con la necesidad de dosis extras de propofol en ninguno de los dos grupos. No se encontró diferencia en comparación con resultados ya descritos por otros autores,¹⁰ ya que la influencia del peso sobre la dosis de los fármacos empleados en este estudio se correlaciona con IMC mayores y en nuestro ensayo, las pacientes con un IMC igual o mayor a 30 fueron excluidas.

De acuerdo a reportes existentes en relación a los cambios hemodinámicos ocasionados por opiáceos IV, el fentanilo ni siquiera a dosis altas (hasta 75 $\mu\text{g}/\text{kg}$), modifica la estabilidad de la presión arterial ni provoca hipotensión arterial durante la inducción, por la ausencia de liberación de histamina, independientemente de su dosis.¹¹ El remifentanilo ha demostrado efectos hemodinámicos idénticos a los del fentanilo: bradicardia de origen vagal, asociada con una reducción del 15 al 20% de la presión arterial.¹² En relación al propofol, se ha observado que produce disminución de la presión arterial media (20% proporcional a la dosis y velocidad de inyección) y FC sin reducción significativa del gasto cardíaco u mantenimiento de la presión de perfusión.¹³ Los resultados anteriores coinciden con los resultados del presente trabajo en el cual no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en relación a la PAM y FC, con una disminución del 20% de la PAM y 22% de la FC tras la primera dosis en el grupo A y una disminución del 18% tanto de la PAM como de la FC en el grupo B regresando a valores muy cercanos a los basales en el postoperatorio inmediato. Ninguna paciente presentó hiper o hipotensión antes, durante o después del procedimiento. Diez pacientes del grupo A y 2 pacientes del grupo B (12.5%) presentaron taquicardia antes del inicio del procedimiento, persistiendo en una paciente del grupo B tras la primera dosis, pudiendo estar asociado a características idiosincráticas correlacionadas con el grado de ansiedad de las pacientes aunque no se utilizó ninguna escala de ansiedad y cabría la posibilidad de realizar un estudio para identificar el grado

de ansiedad en este tipo de procedimientos; ninguna de ellas presentó bradicardia antes, durante o después del procedimiento.

De acuerdo a reportes existentes en relación a los cambios en la FR, se ha demostrado que después de la inducción con propofol se observa siempre un periodo de apnea, la incidencia y duración de la apnea es muy variable (generalmente < 60 segundos), pero suelen estar relacionados con la dosis y se exacerban con la administración de opiáceos, aumentando la necesidad de ventilación asistida.¹⁰ Con la administración de fentanilo, se han descrito casos de depresión respiratoria secundarias hasta 4 horas después de la administración de una dosis habitual, esto puede ocurrir incluso después de la administración de dosis bajas.¹¹ Por otra parte, no se han descrito apneas secundarias cualesquiera que sean las dosis y la duración de perfusión del remifentanilo.^{12,14} Los resultados anteriores coinciden con los resultados en nuestro estudio en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la FR y necesidad de ventilación asistidas entre ambos grupos, resultando en una disminución del 48% de la FR basal en las pacientes del grupo B tras la primera dosis contra un 35% producida en el grupo A. Después del procedimiento el grupo B persistió con FR menores a las observadas en el grupo A (disminución del 16% con respecto la FR basal *vs* 12%) (Fig.1).

En relación a la necesidad de ventilación asistida, fue estadísticamente menor en las pacientes del grupo A, (17.1% *vs* 52%) y aunque el remifentanilo por sí sólo no ha demostrado producir apnea secundaria, y en este estudio demostró poseer un efecto protector en relación a este parámetro evaluado, las pacientes que presentaron depresión respiratoria con este fármaco se debió seguramente a su acción sinérgica con el propofol al potenciar sus efectos sobre la ventilación.

De acuerdo a reportes existentes en relación al grado de analgesia con la administración de remifentanilo, se ha observado, contrariamente a los otros morfínicos, tras la interrupción de la perfusión, en poco tiempo, ya no queda remifentanilo en el organismo; la rápida desaparición de sus efectos hace que la analgesia postoperatoria deba programarse con tiempo suficiente para que los efectos máximos de ésta, coincidan con el final de la intervención y así tener a los pacientes sin dolor.¹⁵ En nuestro estudio a todas las pacientes se les premedicó con ketorolaco

Fig.- 1. Medias marginales de frecuencia respiratoria

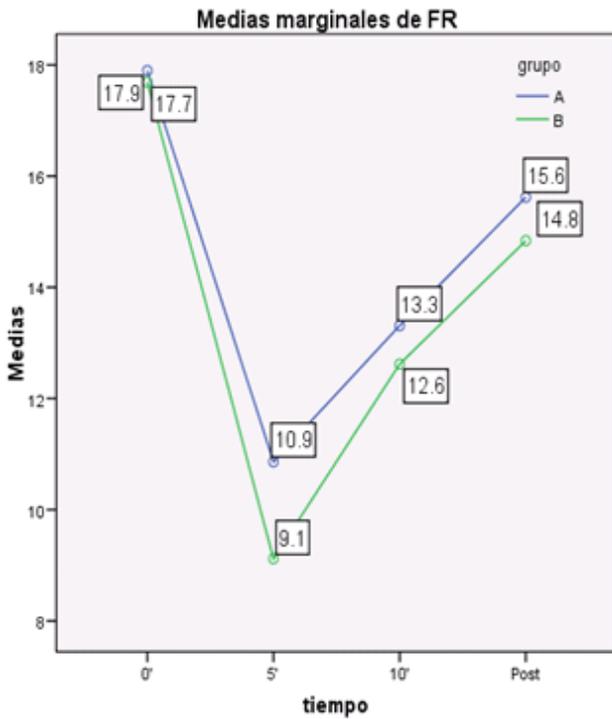
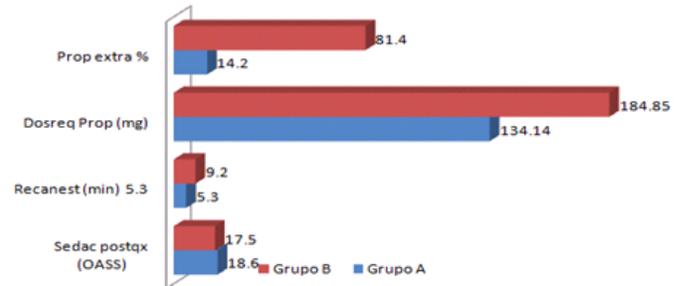


Figura 2. Comparación de la eficiencia anestésica entre grupos



IV para prevenir este descenso brusco de analgesia y aunado a que se trató de un procedimiento de corta duración y poco invasivo, las pacientes tuvieron un buen grado de analgesia en el postoperatorio inmediato (mediana EVA 0) no lográndose encontrar diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En relación a la recuperación anestésica y nivel de sedación producida durante y después del procedimiento, los reportes existentes han demostrado que en relación al remifentanilo el despertar es rápido y en todos los estudios disponibles, la extubación siempre ha sido posible antes del 16^o minuto, a cualquiera que sea la dosis; así, para una misma cirugía, el hecho de doblar la dosis de remifentanilo no prolonga los tiempos de despertar y de extubación, al contrario de lo que ocurre con el fentanilo que la administración de dosis largas o repetidas da lugar a una acumulación del fármaco en el organismo y prolongan su acción.¹⁵ El remifentanilo tiene una vida de eliminación más breve que la del fentanilo, y su vida media sensible al contexto ($t_{1/2}$ keo) es también mucho más breve.² La $t_{1/2}$ keo del fentanilo es de 6.4 minutos en com-

paración con 1 minuto del remifentanilo. De esa manera, el efecto máximo después de administrar remifentanilo será más rápido que después de proporcionar fentanilo. Por lo tanto, se necesita una dosis relativamente menor de remifentanilo que de fentanilo para producir un efecto máximo similar, lo que puede contribuir a una recuperación más rápida de la conciencia después de una dosis equivalente.^{2,7} El propofol actualmente es el estándar de oro en cuanto a los inductores para cirugía ambulatoria, por sus propiedades de rápida recuperación y rápida terminación de su efecto debido su rápida redistribución.¹⁰ Los resultados anteriores coinciden con los encontrados en nuestro estudio donde observamos que las pacientes a las que se les administró fentanilo necesitaron de más minutos para recuperarse de la anestesia (9.28 min vs 5.3 min) y presentaron un nivel de sedación mayor en el postoperatorio inmediato que las pacientes a las que se les administró remifentanilo (17/sedación leve vs 19/alerta) (Fig. 2).

De acuerdo a la literatura previamente establecida el propofol y el remifentanilo tienen valores de $t_{1/2}$ keo breves, en comparación con el midazolam y fentanilo. En el caso del fentanilo se produce un retraso más largo entre la concentración sérica máxima y sus cambios EEG resultantes, que después de la administración de remifentanilo (periodo de latencia mayor para el fentanilo).² En nuestro ensayo, dónde la latencia entre ambos opiáceos fue la misma, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupo en relación a la aparición de movimiento o cambios hemodinámicos francos al iniciar el procedimiento. Sin embargo las pacientes que recibieron fentanilo requirieron un 27% más de dosis total de propofol en comparación con las que recibieron remifentanilo y el 81% de las pacientes a las que se les ad-

ministró fentanilo requirieron de dosis subsecuentes de propofol en comparación con el 14% de las pacientes que recibieron remifentanilo y requirieron de dosis subsecuentes (Fig. 2). Ahora bien, no hay que olvidar que cuando se utiliza una combinación de propofol y remifentanilo existe la posibilidad de que durante la operación el individuo esté consciente o recuerde los hechos acaecidos en ese lapso, particularmente si se ajustó la dosis del agente hipnótico intravenoso (propofol) en sentido descendente en forma excesiva, y se utilizó la falta de reacción hemodinámica como indicador de la profundidad adecuada de la anestesia.²

De acuerdo a reportes existentes se ha demostrado que la frecuencia de náusea y vómito con el remifentanilo puede compararse con la de otros morfínicos, sin embargo pueden presentarse en forma más precoz y ser de más corta duración.¹² El propofol es el hipnótico con menor incidencia de náusea y vómito postoperatoria y con el que se ha presentado un mayor grado satisfacción en los pacientes por retornar a un estado de conciencia más claro con mínimos efectos colaterales.⁹ En nuestro estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en relación a la aparición de náuseas y ninguna paciente presentó vómito.

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio podemos concluir que la utilización de anestesia general intravenosa mediante la combinación de remifentanilo-propofol para legrado uterino instrumentado es una técnica viable, con mayor eficiencia y seguridad que la combinación de fentanilo-propofol ya que esta técnica proporciona condiciones óptimas para el procedimiento, brindando la posibilidad de adaptar dosis concretas para lograr componentes individuales específicos como hipnosis, analgesia y supresión de reflejos del sistema autónomo, una inducción rápida sin efectos colaterales, de fácil administración, vida media corta, así como satisfacción del ginecólogo en el momento del procedimiento y de la paciente durante y después del mismo, además de una rápida recuperación, ausencia de efectos secundarios y una mejor relación costo-beneficio.

Referencias

1. Keder LM y cols; Best practice in surgical abortion; *Am J Obstet Gynecol*; 2003; 189: 418-22.
2. Reyes-Partida JA y cols; ¿Cómo hacer TIVA

- manual?; *Rev Mex Anest*; abril-junio 2006; Volumen 29, Suplemento 1.
3. Hughes MA, Glass PSA, Jacobs JR; Context-Sensitive half-time in multicompartiment pharmacokinetic models for intravenous anesthetic drugs; *Anesthesiology*; 1992; 76:334-341.
4. Sneyd JR y cols; Remifentanil manual versus target-controlled infusion; *Anesth Analg*; 2003; 97:300.
5. De Castro V; Godet G; Mencia G; Raux M, Coriat P; Target controlled infusion for remifentanil in vascular patients improves hemodynamics and decreases remifentanil requirement; *Anesth Analg*; 2003; 96:33-8.
6. Mertens M; Olofsen E; Engbers F; Burn A, Bovill J; Vuyk J; Propofol reduces perioperative remifentanil requirements in a synergistic manner; *Anesthesiology*; 2003; 99:347-359.
7. Mallon JS; Edelist G; Total intravenous anaesthesia (editorial); *Can J Anaesth*; 1990; 37:279-281.
8. Bonilla, AJ; Sanin, A; Pedraza P. y cols; Legrado obstétrico: remifentanilo y midazolam, *Rev Col Anest*; 2007; 35: 215-219.
9. Amelio-Carrillo G; Anestesia endovenosa en el servicio de cirugía ambulatoria; *Rev Mex Anestesiología*; abril-junio 2006; Vol 29, Sup 1.
10. Canovas M, Dóminguez M. García, et al; Propofol vs Pentotal para legrados ginecológicos ambulatorios; Feb 1998; Vol 3, No 1.
11. McEwan AI, Anaes FC, Smith C, Dyar O, Goodman D, Smith, LR, Glass PS; Isoflurane minimum alveolar concentration reduction by fentanyl; *Anesthesiology*; 1993; 78:864-869.
12. Rosow CE; Una vision de conjunto de remifentanilo; *Anesth Analg* 2000; 3: 1-4.
13. Muñoz-Cuevas JH y cols; Propofol ayer y hoy; *Rev Mex Anest*; Julio-Septiembre 2005; vol 28; No 3; pp 148-158.

14. Lugo-Goytia G; Esquivel V; Gutiérrez H; Hernández Rayón A; Total intravenous anesthesia with propofol and fentanyl: A comparison of target-controlled versus manual controlled infusion systems; Rev Mex de Anestesiología; 2005;. 28:20-26.
15. Reyes-Partida JA y cols; Comparación de la efectividad de dos esquemas de anestesia con remifentanyl; Rev Mex Anestesiología; abril-junio 2007; Vol 30; No

Dolor abdominal en Lupus Eritematoso Sistémico. Reporte de un caso

Víctor Fernando Muñoz-Estrada,^{a*} Hugo Molina-Zamora,^a Marcela Edith Pérez-Acosta^a

^a Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán, Culiacán, Sin., México

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, crónica y multisistémica con una gran variedad de síntomas como úlceras orales, eritema malar, eritema discoide, fotosensibilidad, serositis, daño renal, alteraciones hematológicas, neurológicas e inmunológicas así como la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA). Presentamos el caso de una paciente con dolor abdominal que requirió hospitalización con impresión diagnóstica inicial de apendicitis, sin embargo debido a su evolución e historia clínica se pensó el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico que fue confirmado posteriormente.

Palabras clave: Dolor abdominal, vasculitis gastrointestinal, Lupus Eritematoso Sistémico.

Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is an inflammatory, autoimmune, chronic and multisystemic disease which has a wide variety of symptoms such as oral ulcers, malar erythema, discoid erythema, photosensitivity, serositis, renal impairment, hematologic, neurologic and immunologic disorders, and the presence of antinuclear antibodies (ANA). We present a case of a patient with abdominal pain who required to be hospitalized. Due to the evolution of her symptomatology and to her clinical records the diagnosis of SLE was suspected and further confirmed.

Key words: Abdominal pain, gastrointestinal vasculitis, Systemic Lupus Erythematosus.

1. Introducción

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es una enfermedad inflamatoria, autoinmune, crónica, multisistémica, de etiología desconocida, que se debe a la producción de autoanticuerpos que destruyen las células del huésped y al depósito de inmunocomplejos circulantes en los pequeños capilares de estructuras viscerales, con la subsiguiente respuesta inflamatoria.

Algunos de los anticuerpos presentes en esta enfermedad y que forman parte de los criterios diagnósticos son los anticuerpos (Ac) antinucleares (ANA), positivos en más del 95% de los casos, son el mejor estudio de detección, su ausencia hace improbable el diagnóstico, aunque son inespecíficos ya que se observan en otras enfermedades autoinmunes; los Ac anti-DNA bicatenarios, presentes en el 70% de los casos, son específicos de LES, se relacionan con la actividad de la enfermedad y con el desarrollo de vasculitis y nefritis; los Ac anti-Sm positivos en 25% de los pacientes, son específicos pero no se relacionan con el

grado de actividad de la enfermedad.^{1,2}

Esta enfermedad afecta con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva entre los 20 y 40 años de edad, con una relación 9 : 1 sobre hombres, aunque puede presentarse en niños y en ancianos. Tiene distribución mundial, afecta a todas las razas, sin embargo, es más frecuente y agresiva en la raza afroamericana e hispanos.³⁻⁵

El LES tiene una amplia gama de manifestaciones clínicas. Puede haber afección constitucional, cutánea, del sistema musculoesquelético, hematológicas, neurológicas, renales, cardiopulmonares, digestivas, oculares, etc. Prácticamente afecta cualquier órgano o tejido. La gravedad de sus manifestaciones va desde episodios de enfermedad leves hasta cuadros de gran actividad, rápidamente progresivos que ponen en peligro la vida. Su evolución generalmente se determina por remisiones y exacerbaciones de la enfermedad.

La afección del aparato gastrointestinal se presenta en 40% de los casos¹. Las manifestaciones incluyen úlceras orales, siendo esta la más frecuente y que forma parte de los criterios diagnósticos; disfagia, por afección de la motilidad esofágica; síntomas inespecíficos: anorexia, náuseas y vómito; hemorragia y dolor abdominal.⁶ Estos dos últimos son potenciales compli-

*Médico Dermatólogo y Micólogo, Profesor investigador de tiempo completo, Jefe del Departamento de Dermatología y Micología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán. Correspondencia: Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: esquiveleyva@hotmail.com

caciones que pueden ser debidos a vasculitis⁷⁻⁹ de los pequeños vasos del sistema digestivo, provocando dolor abdominal, afección de vesícula biliar, pancreática, apendicular, intestino delgado, colon y recto.¹⁰⁻¹⁹ A su vez representan un reto diagnóstico y terapéutico para el médico, ya que estos síntomas pueden ser atribuidos inicialmente a efectos secundarios de los medicamentos o enmascarados por la terapia esteroidea o inmunosupresora, lo que retrasa en ocasiones el diagnóstico y tratamiento oportuno.

La mortalidad en los pacientes con LES es al menos 3 veces más frecuente que en la población general, siendo la principal causa de muerte en los primeros 10 años son la insuficiencia renal crónica y las infecciones; las muertes que ocurren a largo plazo en el curso de la enfermedad son debidas a afección vascular aterosclerótica. Los rangos de supervivencia son de aproximadamente 80% diez años después del diagnóstico y de 65% a los 20 años.⁴

El diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico se realiza reuniendo 4 o más de los 11 criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología, cuya sensibilidad y especificidad es de 85% y 95%, respectivamente.⁴ Los criterios diagnósticos son: eritema malar, eritema discoide, fotosensibilidad, úlceras orales, artritis, serositis (pericarditis o pleuritis), afección renal (proteínas +++ en tira reactiva, 0.5 gr o más en orina de 24 hrs o la presencia de cilindros celulares), afección neurológica (psicosis o convulsiones), afección hematológica (anemia hemolítica, trombocitopenia menor de 100,000, leucopenia menor de 4,000 o linfopenia menor de 1,500), alteraciones inmunológicas (Ac anti-DNA bicatenario, Ac anti Sm o Ac antifosfolípidos), y anticuerpos antinucleares positivos.^{1,4}

Para el tratamiento de la enfermedad se disponen de varios grupos de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE's), esteroides, antipalúdicos, inmunosupresores/ citotóxicos, entre otros; que se utilizarán dependiendo de las manifestaciones de la enfermedad y de la gravedad de las mismas.

Los AINE's o inhibidores selectivos de la COX-2 pueden utilizarse en casos leves de LES para controlar fiebre, artralgiás, artritis, mialgiás. Los esteroides se utilizan tópicamente sobre las lesiones cutáneas, o en forma sistémica en el curso de una enfermedad con mayor involucramiento de órganos. Los antipalúdicos

son útiles cuando hay afección cutánea y de articulaciones. Los inmunosupresores y citotóxicos se utilizan en casos graves de enfermedad que no responden a terapias convencionales.^{1,4}

2. Reporte de caso

En Marzo de 2009 una mujer de 20 años de edad ingresa al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado inicialmente en epigastrio y dos horas después migra hacia fosa iliaca derecha, sin irradiaciones, de intensidad moderada, acompañado de vómito con trazas de sangre en dos ocasiones así como rectorragia.

Además del cuadro de dolor abdominal, la paciente refirió que inicia un mes previo con hipertermia no cuantificada sin predominio de horario, ataque al estado general, cefalea generalizada, alopecia difusa, aparición de lesiones dérmicas en cuello, espalda y cara, así como de úlceras no dolorosas en cavidad oral.

A la exploración física la paciente se encontraba consciente, con facies de dolor, lesiones eritematosas en región facial con predominio sobre puente nasal, úlceras orales no dolorosas, extensas y profundas afectando encías y paladar, sin alteraciones cardiorrespiratorias, abdomen blando y depresible, peristalsis presente, doloroso a la palpación media y profunda en fosa iliaca derecha, con linfadenopatía inguinal bilateral, extremidades sin compromiso. A su ingreso con anemia normocítica normocrómica (Hb 8.9 gr/dL, Hto 25.9%, VCM: 87.9, HCM: 87.9, CHCM: 32.9), leucocitos y plaquetas dentro de los valores normales (6,060/mm³; 208,000/mm³), VDRL negativo, glucosa 80.4 mg/dL, urea 34.9 mg/dL, creatinina 1.16 mg/dL. Pruebas de funcionamiento hepático con bilirrubina total 0.90 mg/dL, directa 0.10 mg/dL e indirecta 0.80 mg/dL, TGO 27 UI, TGP 17 UI, fosfatasa alcalina 63, proteínas totales 6.2 gr/dL, albúmina 2 gr/dL, relación albúmina globulina de 1/2.0. El examen general de orina reportó proteinuria de 100 mg/dl, con presencia de de 18-20 eritrocitos/campo, 13-15 leucocitos/ campo; en la radiografía de tórax se observó cardiomegalia grado II. La temperatura al ingreso fue de 37 °C, tensión arterial de 100/60 mmHg, frecuencia cardiaca de 70 por minuto y una frecuencia respiratoria de 22 por minuto.

Fue valorada por el servicio de cirugía quienes no encontraron datos de abdomen agudo y debido a

las alteraciones hematológicas se decide no realizar procedimiento quirúrgico, se establece un diagnóstico inicial de apendicitis aguda a descartar vasculitis o adenitis secundaria a probable afección sistémica. A la paciente se le realiza ultrasonido (USG) abdominal en el cual no se encuentran datos sugestivos de apendicitis y se reporta sin alteraciones ecográficas en hígado, vías biliares intra-hepáticas, vesícula biliar, colédoco, páncreas, bazo, riñones, vejiga, útero y ambos ovarios.

Se inició manejo con omeprazol a dosis de 40 mg IV cada 24 horas, transfusión de un paquete globular y una unidad de plasma fresco. Dos días posteriores a su ingreso el cuadro de dolor abdominal remitió, sin embargo inició con disnea, dolor muscular generalizado y fatiga. Presentó cifras tensionales de 160/90 mmHg. El estudio inmunológico reportó anticuerpos anti-nucleares positivos a una titulación de 1 : 640, anticuerpos anti DNA nativo positivos en titulación de 1 : 40, anticuerpos anti SM con titulación de 4.45 (positivo igual o mayor de 1.0). Con el apoyo de los estudios de laboratorio se establece el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico y se inicia manejo a base de metilprednisolona en bolos de 1 gr IV diario por tres días así como ceftriaxona 1 gr IV cada 12 horas y captopril 25 mg cada 12 horas por vía oral. Se observó mejoría de la sintomatología general, se resolvió el dolor muscular generalizado y la disnea. Fue egresada 5 días después del ingreso con tratamiento a base de prednisona 50 mg al día VO e indicaciones de dieta hiposódica.

Una semana después de su egreso, acude de nuevo al servicio de urgencias por presentar dolor muy intenso y edema (+ + +) en miembros inferiores. A la exploración física se encontró con edema palpebral, eritema malar, cardiorrespiratorio sin alteraciones, abdomen sin datos de dolor, peristalsis presente, miembros inferiores con edema (+ + +) y signo de godet positivo. Se maneja con prednisona 60 mg VO al día, azatioprina 50 mg VO cada 12 horas y posteriormente cada 24 horas, así como captopril 25 mg VO, furosemida 40 mg IV cada 8 horas y heparina no fraccionada 5,000 UI cada 24 horas.

Presentó anemia normocítica normocrómica (Hb 7.6 gr/dL, hematócrito 22.7%), leucocitosis a expensas de polimorfonucleares. La depuración de creatinina y proteínas en orina de 24 horas la fue de 31.77 ml/min y proteínas de 0.207 gr /24 horas. En las

pruebas de función hepática se encontró albúmina de 2.4 gr/dL. Se transfunde un paquete globular lográndose un incremento en el nivel de hemoglobina de 9.98 gr/dL. Presentó mejoría a los tres días de su re-ingreso por lo que fue dada de alta.

3. Discusión

El LES es una patología de carácter multisistémica que presenta una gran variedad de manifestaciones clínicas que dependen del órgano involucrado así como del grado de afección que éste presente. Dentro de las manifestaciones se puede encontrar alteraciones inmunológicas, daño renal, neurológico, hematológico, dermatológico y gastrointestinal, entre otros.

El aparato digestivo se afecta en el 40% de los casos con LES1 manifestándose clínicamente como úlceras orales, hemorragia de tubo digestivo alto y bajo, así como dolor abdominal. Sin embargo, éste último tiene un amplio número de diagnósticos diferenciales y representa un reto diagnóstico y terapéutico para el médico.

La vasculitis del tracto gastrointestinal es una de las complicaciones más serias de lupus, puede afectar cualquier parte del tubo digestivo y manifestarse desde distensión inespecífica, náuseas, vómito y dolor abdominal hasta hemorragias, lesiones isquémicas, necrosis de la pared intestinal, perforación y peritonitis secundaria, poniendo en riesgo la vida. Estas manifestaciones pueden ser atribuidas inicialmente a medicamentos como AINE's, esteroides, antipalúdicos, con los cuales está siendo tratado el paciente o ser enmascarados por los mismos. La prevalencia de vasculitis gastrointestinal ha sido reportada en los rangos de 0.2-53%⁶ y se ha asociado generalmente con el grado de afección a otros órganos.

En este caso se presenta un paciente femenino de 20 años de edad que debuta LES con lesiones cutáneas, mucosas y con un cuadro de dolor abdominal que simula inicialmente apendicitis. Sin embargo la ausencia de signos claros a la exploración física de afección apendicular e irritación peritoneal, temperatura normal desde su ingreso, vómitos con trazas de sangre y hematoquezia, ambos en dos ocasiones, leucocitos en cifras normales, USG que descarta proceso apendicular, afección hematológica, renal, cardíaca, dermatológica y la historia de un mes de ataque al estado general hicieron que se considerara el cuadro de

dolor abdominal como secundario a una enfermedad sistémica.

Una vez descartada la apendicitis, la principal sospecha diagnóstica fue de vasculitis en el tracto gastrointestinal. No obstante, no fue confirmada histopatológicamente, ya que no se realizó laparoscopia exploratoria, endoscopia y/o colonoscopia para toma de biopsias debido al cese de la hematemesis, rectorragia y disminución del dolor abdominal.

Llama la atención que durante un mes únicamente presentó lesiones cutáneas con ataque al estado general, y que la aparición del dolor abdominal se acompañó de un rápido deterioro de las funciones hematológica, renal y respiratoria lo que demuestra elevada actividad de la enfermedad coincidiendo además con las cifras elevadas de Ac anti-DNA bicatenario que se relacionan con el grado de actividad de esta patología y el desarrollo de vasculitis y nefritis¹.

En un paciente con LES y dolor abdominal siempre debemos considerar dentro de los diagnósticos diferenciales la vasculitis del tracto gastrointestinal, que puede manejarse de forma conservadora y evitarse, por tanto, una laparotomía innecesaria. Sin embargo, debemos recordar que la vasculitis puede llevar a necrosis y perforación del tubo digestivo, que hacen necesario el tratamiento quirúrgico urgente.

Referencias

1. Hannahs B. Systemic Lupus Erythematosus. En: Fauci AS, Longo DL et al, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th edition. USA. 2008; Part 14:2: Chapter 313.
2. Ruperto N, Ravelli A, Murray KJ, Lovell DJ, Andersson-Garé B, Feldman BM, et al. Preliminary core sets of measures for disease activity and damage assessment in juvenile systemic lupus erythematosus and juvenile dermatomyositis. *Rheumatology* 2003; 42: 1452-1459.
3. Zonana-Nacach A, Rodríguez-Guzmán LM, Jiménez-Balderas FJ, Escobedo de la Peña J, Fraga A. Factores de riesgo relacionados con lupus eritematoso sistémico en población mexicana. *Salud Pública Mex* 2002; 44:213-218.
4. Guidelines for referral and management of systemic lupus erythematosus in adults. *Arthritis Rheum.* 1999; 42, 9: 1785-1796.
5. Vila LM, Alarcón GS, McGwin Jr G, Friedman AW, Baethge BA, Bastian HM, et al. Early clinical manifestations, disease activity and damage of systemic lupus erythematosus among two distinct US Hispanic subpopulations. *Rheumatology* 2004; 43:358-363.
6. Sultan SM, Ioannou Y, Isenberg DA. A review of gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Rheumatol* 1999; 38: 917-932.
7. Guillevin L, Dörner T. Vasculitis: mechanisms involved and clinical manifestations. *Arthritis Res* 2007; 9, 2: 9.
8. Cieślík P, Hrycek A, Khuciński P: Vasculopathy and vasculitis in systemic lupus Erythematosus. *Pol Arch Med Wewn* 2008; 118 (1-2): 57-63.
9. Min YH, Joo YS, Dong YK: Hypocomplementemic urticarial vasculitis in systemic lupus erythematosus. *J Korean Med Sci* 2009; 24: 184-6.

Una nueva patología de etiología social: "El síndrome del médico agredido" Parte I

Luis Alberto Kvitko*

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina

La relación médico paciente, a lo largo de casi dos y medio milenios, siguió la tradicional concepción hipocrática. En virtud de la cual, los pacientes y sus familias, tenían absoluta confianza en el profesional, a la par que éste gozaba del mayor respeto y autoridad sobre los mismos.

Ello, a la luz del "paternalismo médico", por el cual jamás se solicitaba al médico explicación alguna sobre su proceder, al propio tiempo que tampoco el mismo estaba obligado, al propio tiempo que ni pensaba, siquiera, en darla, todo lo contrario.

Transcurrido tanto tiempo, el advenimiento del liberalismo cambia drásticamente tal concepción hipocrática, y establece una forma completamente distinta de "relación médico paciente".

De esta manera se comienza a considerar que el paciente es un individuo autónomo, capaz y al mismo tiempo acreedor a ser receptor de toda la información necesaria así como de ser absolutamente libre para tomar todo tipo de decisiones sobre su propia salud.

El Corpus Hippocraticum llegó hasta nuestros días. Lo integran más de sesenta libros de Hipócrates. Entre ellos, se establecen principios claros sobre la conducta que debía observar todo médico:

"Utilizaré el régimen dietético para el bien de los enfermos de acuerdo con mi capacidad y juicio, alejaré de ellos el mal y la injusticia". "Orientar el alma hacia los espectáculos teatrales, sobre todo

hacia los que hacen reír; o si no, hacia los que más complazcan". (Sobre la dieta, De victu, Perì diaetes higienes, Hipócrates).

"Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo durante tu actuación la mayoría de las cosas, dale órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención. Repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar, ni de su estado actual" (Sobre la decencia, De habitu decenti, Perì euskshemosynes, Hipócrates).

"Hacer lo debido y hacerlo bellamente. El médico debe enseñar al paciente a ser del mejor modo posible, y no poco ayuda a ello la práctica de complacer los gustos de éste, en cuanto su bien lo consienta" (Sobre las úlceras, Peì helkon, L. III)

Esculapio

Pero, mucho antes del nacimiento de Hipócrates, alrededor de poco más de un milenio, existió el médico-dios más celebre de Grecia, que vivió en el siglo XV a. de C. en Grecia y se llamó Asclepios para los griegos y Esculapio para los romanos. Existe sobre él una leyenda que figura en La Ilíada de Homero. Tenía origen divino y humano a la vez: hijo de Apolo (médico de los dioses) y de Coronis, nació por cesárea, y al morir ésta, Apolo lo recomendó a Quirón (Centauro), que era médico y lo alimentó con leche de cabra (lo que evidencia que ya en esa época se conocía en Grecia la cesárea y la alimentación del lactante por leche no materna).

Asclepios tuvo tres hijos: Godalirio, Machaon (médicos que aparecen en La Ilíada) y Telesforo, y cuatro hijas: Hygia, que es la preservadora de la salud (Higiene), Panaqueia, que era farmacéutica (Panacea), Egle, que era partera y oculista, y Laso que era enfermera.

*Dr. Luis Alberto Kvitko. Doctor en Medicina, Médico Legista, Médico Psiquiatra. Profesor Titular de Medicina Legal y Deontología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Director de la Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal de la misma facultad y universidad. Miembro fundador, ex presidente y actual secretario general permanente de la Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología Médica e Iberoamericana de Ciencias Forenses. Correspondencia: Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Correo-e:doctorkvitko@fibertel.com.ar

Asclepios era el único dios al que no se le conocieron vicios, y representa el ejemplo de la conducta intachable que debe tener un médico.

La mitología griega afirma que fue el centauro Quirón quien enseñó a los hombres el arte de curar males. El centauro era versado en medicina y en el conocimiento de las plantas medicinales.

Los Asclepiones eran médicos-sacerdotes que actuaban en los Asclepiones, hermosos templos ubicados en lugares agradables y saludables, edificados en forma circular, con columnas, *en cuyo centro estaba el templo propiamente dicho con la efigie de Asclepios, que aparecía con el torso desnudo y portando un bastón y una víbora enroscada, lo cual se tomó como símbolo de la medicina. El bastón significaba Edad, Experiencia y Tolerancia; y la víbora, un revivir continuo con más fuerza.*

A veces aparece Hygia al lado del dios, con una copa que también tiene una víbora enroscada, representando el símbolo de la farmacia. En la copa esta el Farmacon, la droga que directamente causa daño, pero que con la Virtus, característica de la víbora, se transforma en Potion: remedio apto para tomarse.

Quirón tuvo por discípulo a Esculapio, que fue divinizado, llamado médico y salvador, y que tenía por símbolo la serpiente. Los antiguos griegos le dedicaron templos, ritos y cultos. Los enfermos eran llevados a los templos y "curados" a través de prácticas y ritos mágico-religiosos ejercidos por los sacerdotes de Esculapio. Con el tiempo, al lado de los sacerdotes comenzaron a aparecer médicos "legos", que se distinguían de los primeros por su preparación específica. Para la preparación de estos médicos, al lado de los templos de Esculapio surgieron escuelas, para donde iban los enfermos y donde era posible ver un mayor número y variedad de casos patológicos.

Esculapio llegó a dominar la cirugía, la terapia con plantas y, además tenía la facultad de resucitar a los muertos. Fue fulminado por un rayo por Zeus, quien se irritó por su infracción a la ley inmutable. En el siglo IV AC, se levantó en su honor El Templo de Esculapio, llegando a su apogeo en el siglo II DC, pues Galeno ejerció allí su profesión.

Los consejos de Esculapio a los que van a dedicarse al ejercicio de la Medicina.

Entre la numerosa serie de consejos, se consignan

los siguientes:

“¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es ésta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Has pensado bien en lo que ha de ser tu vida?”

“Tienes que renunciar a la vida privada. La mayoría de los ciudadanos pueden, terminada la tarea, aislarse lejos de los importunos; tu puerta quedará siempre abierta a todos: de día y de noche. Vendrán a turbar tu descanso, tus placeres, tu meditación; ya no tendrás horas que dedicar a la familia, a la amistad o al estudio. Los pobres, acostumbrados a padecer, no te llamarán sino en caso de urgencia; pero los ricos, te tratarán como a esclavo encargado de remediar sus excesos sea porque tengan una indigestión, sea porque estén acatarrados, pues estiman en muchísimo su persona. Habrás de demostrar interés por los detalles más vulgares de su existencia, decir si ha de comer cordero o carnero, si ha de andar de tal o cual modo cuando pasea. No podrás ir al teatro, ausentarte de la ciudad, ni estar enfermo”. “Sientes pasión por la verdad; ya no podrás decirla. Habrás de ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia”.

“Habrás de luchar de continuo contra las supersticiones de los ignorantes, pues no hay portero que no sea capaz de dar consejos a un enfermo”.

“Habrás de ocultar secretos que posees, consentir en ser burlado, ignorante, cómplice. La medicina es una ciencia oscura, que los esfuerzos de sus fieles van iluminando de siglo en siglo. No te será permitido dudar nunca, so pena de perder todo crédito; si no afirmas que conoces la naturaleza de la enfermedad, que posees un remedio infalible para curarle, el vulgo irá a ver charlatanes, que venden la mentira que necesita”.

“No cuentes con agradecimientos; cuando el enfermo sana la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro, te trata como a un dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado, se enfada y te denigra. Cuanto más egoístas son los hombres, más solicitud exigen del médico; cuanto más codiciosos, más desinteresado ha de ser él. Aquellos mismos que se burlan de los dioses, le confieren sacerdocio para interesarlo al culto de su sacra persona”.

“Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios,

solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo”.

“Únicamente la conciencia de aliviar males podrá sostenerte en tus fatigas”.

El griego fue un pueblo muy independiente e individualista, y sus integrantes muy discutidores, curiosos, inteligentes y vivaces. Nunca admitieron ser gobernados por cualquiera; los nombres de los titulares para los cargos se discutían en las plazas y se sometían a algún tipo de votación. La plaza era una especie de club.

Todas estas características originaron un movimiento ideológico singular alrededor del siglo VII a. de C., de donde surgieron grandes pensadores denominados Filósofos (los que manejaban ideas abstractas) y Sabios (los que manejaban hechos concretos).

Entre los sabios de Grecia el principal fue Thales de Mileto. La filosofía fue creada por Sócrates y su mas alto discípulo, Platón, idealista y monoteísta. En los jardines de Akademos fundó la Academia de Atenas en el siglo V a. de C., escuela que duraría diez siglos, y que fue famosa e incomparable. Platón tuvo a su vez otro discípulo que lo sobrepasó: Aristóteles, quien dominaba la filosofía y otras disciplinas. Fue el creador de nuevas ciencias, como la Lógica, la Zoología Comparada, la Biología, la Ética y la Política, que perduraron hasta el siglo XVII. Solo entonces, Galileo refutó la Física y la Mecánica; pero hasta ese momento, Aristóteles era sinónimo de verdad.

Pitágoras y su escuela

Pitágoras de Samos (572-497 AC) fundó su primera escuela en su lugar de nacimiento y, durante la tiranía de Polícrates, alrededor del 525 AC, debió abandonar su tierra natal y en Crotona, sur de Italia, fundó su segunda escuela, abierta a hombres y mujeres, que debían esperar varios años para ser presentados al maestro y poder ingresar, donde no existía tampoco diferencias de raza, religiones, estratos económicos ni sociales. Estableció que la justicia es el número 4 y la medicina es el número 7.

Los griegos, entendían que la medicina tenía la función de restablecer la armonía del individuo cuando ésta se viera perturbada, y, siendo la música instrumento por excelencia para la purificación del

alma, la consideraban, por lo mismo, como una medicina para el cuerpo. La santidad predicada por Pitágoras implicaba toda una serie de normas higiénicas basadas en tabúes como la prohibición de consumir animales, que parece haber estado directamente relacionada con la creencia en la transmigración de las almas; se dice que el propio Pitágoras declaró ser hijo de Hermes, y que sus discípulos lo consideraban una encarnación de Apolo.

Pitágoras debió emigrar de Samos, a raíz de la tiranía imperante, dirigiéndose a Italia. En Crotona vivía Milán, un hombre rico y muy famoso, porque había sido el campeón de Los juegos olímpicos en doce ocasiones. Mitón estaba interesado en la Filosofía y la Matemática, y cedió parte de su casa a Pitágoras, para que crease su propia escuela. Allí fundó una Sociedad religiosa y filosófica.

La Sociedad que fundó (Hermandad Pitagórica) tenía un credo muy estricto y un rígido código de conducta, pero era igualitaria e incluía varias mujeres. Una de ellas era Teano, la hija de Milán con quien Pitágoras se casó.

A Pitágoras se le atribuye La invención de las palabras Filosofía (amor por la sabiduría y Matemática lo que se aprende, un matemático es el que aprende). Inventó estas palabras para describir sus actividades intelectuales.

Indudablemente, la Medicina no estuvo ajena a este movimiento, por lo que recibió un gran impulso, que hizo surgir una medicina laica y profesional, lo que fue debido principalmente a Pitágoras, quien era médico, filosofo, moralista, naturalista y matemático. Fue asclepiade, pero iba también a las plazas. Así fue como vio que el arte de curar no era cuestión de religión, sino de profesión. Visitando enfermos a domicilio, se rodeó de discípulos, con los cuales iba a los pueblos. Practicaba una medicina que empleaba casi exclusivamente los medios naturales, utilizando comidas especiales sobre la base de alimentos vegetales, lo que acompañaba con ejercicios. Es por ello, que las escuelas naturistas y vegetarianas actuales tienen como patrón a Pitágoras. El desconfiaba del medicamento, pues al lado del curativo estaba el tóxico. Uno de los pocos medicamentos que usó fue la cebolla medicamentosa (Ascula marítima) para las enfermedades del corazón, la cual fue usada hasta el siglo XVIII, cuando se descubrió el digital.

Pitágoras imponía normas estrictas de ética, para lo que tenía un código moral. Antes de que el discípulo pudiera ejercer, lo sometía a un juramento que más tarde daría origen al juramento Hipocrático.

Pitágoras fue superado sobre todo por Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna y el ejemplo de la figura moral del médico.

Hipócrates

Hipócrates de Cos (460 AC- ¿477-475? AC). Se le conoce como el padre de la medicina moderna. Nació en Cos, pequeña isla en el Mar Egeo, perteneciente al Archipiélago de las Esporadas, y vivió en Grecia. Era hijo de Eráclito y nieto de Hipócrates, ambos médicos también. Para otros, según la tradición, Hipócrates descendía de una estirpe de magos de la isla de Cos y estaba directamente emparentado con Esculapio, el dios griego de la medicina. Contemporáneo de Sócrates y Platón, éste lo cita en diversas ocasiones en sus obras. A los trece años inició sus estudios de medicina en el templo de los Asclepiades. Luego viajó a Egipto, donde se familiarizó con los trabajos médicos que la tradición atribuye a Imhotep, finalizando su formación.

El mérito fundamental de Hipócrates fue desarrollar un sistema racional basado en la observación y la experiencia para el estudio de las enfermedades cuyas causas atribuía a fenómenos naturales y no a intervenciones de los dioses o a fenómenos de tipo mágico-religioso.

Poco se conoce sobre su vida y, todavía, persisten incógnitas sobre la autoría de algunas de las obras que se le atribuyen. No obstante, algunos de sus avances médicos han sido documentados por Platón y Aristóteles y se le considera el autor del "*Corpus hippocraticum*", que comprenden más de sesenta escritos, aunque en la actualidad se considera que parte de estas obras fueron terminadas por sus seguidores. Sobre Hipócrates sólo hay escasas referencias de sus importantes contemporáneos: Platón en su *Protágoras* y en *Fedro*; en la *Política* de Aristóteles, que fue escrita unos cuarenta años después de la muerte de Hipócrates (335-323), sólo se hace una referencia a su breve estatura física, pero sin embargo reverencia su calidad de médico.

Hasta poco antes de Hipócrates, la concepción griega era arcaica, era pura cosmogonía y se fundaba

en explicaciones míticas. Un personaje importante, antecesor de Hipócrates, fue Alcmeon de Crotona. Próximo a los círculos pitagóricos, fue un arquetipo de médico-filósofo que cumple también su papel de desmitificar, secularizar la medicina. Entre los fragmentos de su obra se encuentra la primera definición de salud que consistiría en el "equilibrio entre las diversas cualidades del organismo humano y la enfermedad es el resultado del predominio o ausencia de alguna de ellas". Esta definición, aceptada por la escuela de Cos, tiene su origen en la inspiración política que equipara el organismo humano con la comunidad social y en la cual la salud equivalía a la igualdad del poder-isonomía y donde el predominio de una de ellas: lo húmedo, lo seco, lo frío, lo caliente, lo amargo, lo dulce y lo demás significa la "monarchia" (mono=uno; arché=poder) y se produce la enfermedad. Fácil es asociarlo a la teoría de los cuatro humores de Hipócrates.

En los tiempos de Hipócrates ya están definidos los rasgos esenciales del pensamiento griego clásico que impregna el "*Corpus hippocraticum*".

El concepto del triángulo hipocrático ha perdurado hasta nuestros días. En el libro "*Epidemias*" Hipócrates escribe "el arte se compone de tres cosas: la enfermedad, el enfermo y el médico". El médico y su paciente debían colaborar fielmente para derrotar la enfermedad. Y el primer aforismo ha sido repetido por milenios: "la vida es corta, el arte largo, la ocasión fugaz, la experiencia insegura, el juicio difícil. Es preciso no sólo hacer uno lo debido, sino también que el enfermo, los presentes y las circunstancias externas contribuyan a ello".

La medicina antigua fue de neta raigambre griega, siguiendo un período evolutivo que abarcó desde el siglo VI a IV a. de C. Luego transcurrió el período Alejandrino, que abarcó el siglo III a. de C., y finalmente, el Romano, del siglo II a. de C. hasta el V después de C.

Juramento hipocrático

El Dr. José E. González, que fue director de la Escuela de Medicina de Monterrey, en México, tradujo el Juramento de la siguiente manera:

"Juro por Apolo Médico, por Esculapio, Higea y Panacea, y por todos los Dioses y Diosas, a quienes pongo por testigos de que cumpliré, lisa y llanamente, con todas mis fuerzas e inteligencia el siguiente

juramento y obligación escrita:

Tendré a mi maestro de medicina en el mismo lugar que a mis padres, partiré con él mis haberes y, si necesario fuere, yo proveeré a sus necesidades, a sus hijos los tendré como a mis hermanos, y si ellos quisieren aprender el arte de curar se lo enseñaré sin paga de ningún género y sin obligación escrita: instruiré con preceptos, con lecciones orales y con los demás medios de enseñanza a mis hijos, a los de mi maestro y a los demás discípulos que se me unan por convenio y juramento, conforme esta determinado en la ley médica, y a nadie más. Estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según mis facultades y mi entender, absteniéndome de cometer todo mal y toda injusticia.

A nadie daré veneno, y si alguno me propone semejante cosa, no tomaré en consideración la iniciativa de una tal sugestión. Igualmente me abstendré de aplicar a las mujeres pesarios abortivos. Pasaré mi vida y ejerceré mi profesión con inocencia y pureza. No haré la operación de la talla, sino que dejaré esta obra a los maestros que de ella se ocupan.

En cualquiera casa que yo entre lo haré para utilidad de los enfermos, absteniéndome de toda falta voluntaria y de toda acción injuriosa o corrupta, y, sobretodo, de la seducción de las mujeres y de los jóvenes, ya sean libres ya esclavos.

Cualquiera cosa que yo vea, oiga ó entienda en la sociedad, sea en el ejercicio de mi profesión o fuera de él, y que sea conveniente que no se divulgue, la guardaré en secreto con el mayor cuidado, considerando el ser discreto como un deber en semejantes casos.

Si observo con fidelidad mi juramento, séame concedido gozar felizmente de mi vida y de mi profesión, honrado siempre entre los hombres; y si lo quebranto y soy perjuro, que caiga sobre mi la suerte contraria”.

Tratamiento hipocrático

Fundamentalmente, se desarrollaba a partir de estos tres principios:

- Favorecer o no perjudicar (primun non nocere).
- Abstenerse de lo imposible, kat´anánken (el primer deber es no hacer nada, en estos casos).
- Atacar la causa del daño.

El médico será:

"Kalós Kai Aghatos" ("Bello y bueno").
Hipócrates de Cos (460 - 377-375? A.C.)

XXV Siglos de medicina hipocrática

La relación médico-paciente se fundamentó en tres puntos básicos, que todos, médico y pacientes, reconocían, aceptaban y respetaban:

- Al amparo del principio de beneficencia y no maleficencia.
- El médico es un ser superior, cuasi Dios.
- La relación es asimétrica y la ecuación es vertical, la tutela del médico es paternalista y por ende proteccionista.

Posteriormente, otros juramentos consideraban la relación médico paciente, siguiendo el criterio hipocrático.

El "Juramento de iniciación" de Caraka (Caraka Samhita), escrito cerca del siglo I d.C. por el médico hindú Caraka, mantiene como el hipocrático la doble obligación maestro-discípulo y médico-paciente, acentuando en la primera la virtud de la obediencia y la abnegación en la segunda; asimismo, ratifica y precisa el ideal sacerdotal de santidad y pureza, pero no extiende el deber de asistencia a quienes están inculcados o marginados socialmente.

El Juramento de Asaph, contenido en un manuscrito del siglo VI, el más antiguo de la literatura médica hebrea, atribuido a Asaph ben Berachiach, guarda gran afinidad con el Hipocrático, si bien no hace referencia al pacto pedagógico, que sostiene sólo con Dios, el verdadero Maestro; pero en cambio ostenta una depurada ética de la relación terapéutica, de la santidad de la vida y del rol sacerdotal, conjugando las virtudes de humanidad y compasión con la fe y la esperanza religiosas.

Maimónides

Mosheh ben Maimon, Maimónides, (médico judío, rabino, nacido en Córdoba, España, el 31 de marzo del año 1135, falleció en Egipto, a los 69 años el 13 de diciembre de 1204. Fue médico de cabecera del sultán Saladino I, en el Cairo.

Posteriormente sus restos fueron trasladados de Egipto a Israel y se hallan enterrados en Tiberíades. Maimónides encauzó su pensamiento filosófico de línea dominada por el platonismo, pero con mayor preponderancia en el aristotelismo, e intentó conciliar la religión con la filosofía. Su obra influyó extraordinariamente en los grandes escolásticos del siglo XIII. Fue un escritor incansable. Escribió sobre medicina, astronomía y fundamentalmente filosofía.

Las admoniciones de Maimónides de carácter ético, dirigidas a la profesión médica, mantienen en la actualidad sorprendente vigencia. Se hallan contenidas en la “Plegaria del médico y en la Invocación”. Considera, respecto de la relación médico-paciente:

- Dios Todopoderoso, Tú has creado el cuerpo humano con infinita sabiduría.
- Tú has combinado en él diez mil veces, diez mil órganos, que actúan sin cesar y armoniosamente para preservar el todo en su belleza: el cuerpo que es envoltura del alma inmortal. Trabajan continuamente en perfecto orden, acuerdo y dependencia. Sin embargo, cuando la fragilidad de la materia o las pasiones del alma trastornan ese orden o interrumpen esa armonía, entonces una fuerzas chocan con otras y el cuerpo se desintegra en el polvo original del cual se hizo.
- Tú envías al hombre la enfermedad como benéfico mensajero que anuncia el peligro que se acerca y le urges a que lo evite.
- Tú has bendecido la tierra, las montañas y las aguas con sustancias curativas, que permiten a tus criaturas aliviar sus sufrimientos y curar sus enfermedades.
- Tú has dotado al hombre de sabiduría para aliviar el dolor de su hermano, para diagnosticar sus enfermedades, para extraer las sustancias curativas, para descubrir sus efectos y para prepararlas y aplicarlas como mejor convenga en cada enfermedad.
- En Tu eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas.
- Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Apóyame, Dios Todopoderoso, en este gran trabajo para que haga bien a los hombres, pues sin Tu ayuda nada de lo que haga tendrá éxito.
- Inspírame un gran amor a mi arte y a Tus criaturas.
- No permitas que la sed de ganancias o que la ambición de renombre y admiración echen a perder mi trabajo, pues son enemigas de la verdad y del amor a la humanidad y pueden desviarme del noble deber de atender al bienestar de Tus criaturas.
- Da vigor a mi cuerpo y a mi espíritu, a fin de que esté siempre dispuestos a ayudar con buen ánimo al pobre y al rico, al malo y al bueno, al enemigo igual que al amigo.
- Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre.
- Ilumina mi mente para que reconozca lo que se presenta a mis ojos y para que sepa discernir lo que está ausente y escondido. Que no deje de ver lo que es visible, pero no permitas que me arrogue el poder de inventar lo que no existe; pues los límites del arte de preservar la vida y la salud de Tus criaturas son tenues e indefinidos.
- No permitas que me distraiga: que ningún pensamiento extraño desvíe mi atención de la cabecera del enfermo o perturbe mi mente en su silenciosa deliberación, pues son grandes y complicadas las reflexiones que se necesitan para no dañar a Tus criaturas.
- Que junto a la cama del enfermo ninguna cosa extraña turbe su atención; que nada lo altere durante sus trabajos silenciosos.
- Dios Todopoderoso! Concédeme que mis pacientes tengan confianza en mí y en mi arte y que obedezcan mis prescripciones e indicaciones.
- Aleja de su lado a los charlatanes y a la multitud de los parientes officiosos y sabelotodos, gente cruel que con arrogancia echa a perder los mejores propósitos de nuestro arte y a menudo

lleva a la muerte a Tus criaturas. Que los que son más sabios quieran ayudarme y me instruyan. Haz que de corazón les agradezca su guía, porque es muy extenso nuestro arte. Que sean los insensatos y locos quienes me censuren. Que el amor de la profesión me fortalezca frente a ellos. Que yo permanezca firme y que no me importe ni su edad, su reputación, o su honor, porque si me rindiera a sus críticas podría dañar a tus criaturas.

- Llena mi alma de delicadeza y serenidad si algún colega de más años, orgulloso de su mayor experiencia, quiere desplazarme, me desprecia o se niega a enseñarme. Que eso no me haga un resentido, porque saben cosas que yo ignoro. Que no me apene su arrogancia. Porque aunque son ancianos, la edad avanzada no es dueña de las pasiones. Yo espero alcanzar la vejez en esta tierra y estar en Tu presencia, Señor Todopoderoso.
- Haz que sea modesto en todo excepto en el deseo de conocer el arte de mi profesión. No permitas que me ataque el pensamiento de que ya sé bastante. Por el contrario, concédeme la fuerza, la alegría y la ambición de saber más cada día. Pues el arte es inacabable, y la mente del hombre siempre puede crecer.
- En Tu eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas.
- Estoy ahora preparado para dedicarme a los deberes de mi profesión. Apóyame, Dios Todopoderoso, en este gran trabajo para que haga bien a los hombres, pues sin Tu ayuda nada de lo que haga tendrá éxito”.

Durante el Medioevo la influencia del juramento hipocrático se proyecta en diversas culturas, con lo que toma cuerpo textual el género de los juramentos, cuyo estudio comparado a partir de sus contenidos permite el análisis ético en aspectos tales como la teoría de la virtud, la teoría normativa de la acción y la ética deontológica profesional.

Los Juramentos de las escuelas médicas medievales de Salerno, París y Montpellier, asimilan la tradición hipocrática a la disciplina académica con la

reglamentación escolástica de la relación pedagógica y los deberes profesionales, en el marco de las virtudes de probidad, honestidad y respeto, y los valores de la salud y la vida. Interesante es una cláusula, en el de París, relativa a la práctica anatómica y quirúrgica.

La relación médico paciente actual

Consentimiento informado

Ya, a inicios del siglo XX, en los Estados Unidos de América comenzaron a plantearse, ante los estrados de la justicia, cuestionamiento frente a las decisiones tomadas por los médicos, que, sin consultar a sus pacientes, practicaban intervenciones quirúrgicas u otros tratamientos, sin contar con su cabal conocimiento y, mucho menos, con su decisión de aceptar los mismos.

Finalizada la 2da. Guerra Mundial, establecido el Código de Nüremberg, al que se sumó el Informe Belmont, y asimismo, numerosas declaraciones de asociaciones internacionales, regionales y nacionales, etc., se comenzó a insistir en la imperiosa necesidad de aplicar un derecho inalienable de toda persona, que está amparado por el “principio de autonomía de la voluntad”. En virtud de dicho principio, todo paciente goza del derecho de ser previamente informado, adecuado a su estado, y nivel educativo-cultural, de la enfermedad que lo afecta, del tratamiento propuesto, de las alternativas existentes, de los riesgos genéricos y específicos, de qué es lo que le puede acaecer de no aceptar y tratarse, para, por fin, prestar su consentimiento aceptando el tratamiento que prefiera, o negándose a recibir tratamiento alguno. Esta decisión debe ser respetada por el médico, quien –no está demás precisararlo- tiene la obligación, tanto legal cuanto ética, de cumplir con el “Consentimiento Informado”.

Desde el marco jurídico, el consentimiento constituye una categoría de antigua data. Ello, toda vez que es el resultado de la manifestación de la voluntad de cada una de las partes intervinientes en una relación, así como de la concurrencia de dichas voluntades, que debe estar sustentada en la autonomía de cada una de las mismas.

De esta manera, a partir del consentimiento, se logra que un tercero tenga plena legitimidad para proceder en relación a otro, de que en virtud de su

libertad, está en condiciones de poder disponer de su vida y de su salud, por haberlo aceptado previamente.

Dada la naturaleza personalísima del bien jurídico en juego, del que sólo el paciente es su titular, resulta evidente que es el propio paciente quien ostenta el derecho y quien debe consentir la actuación o intervención médica, siempre y cuando su capacidad natural de juicio y discernimiento se lo permita.

En la relación médico paciente, a partir del principio de autonomía de la libertad, que permite que cada persona, en ejercicio de este derecho fundamental disponga aceptar o rechazar lo que su médico le propone, el consentimiento debe ser irrestrictamente protegido y respetado, constituyendo al acto médico, en un acto legítimo.

De esta manera, lograr el consentimiento de una persona, en condición de paciente, o de quien lo sustituya atento el caso, y tal como indica la ley, previa información, oportuna, veraz, a la par que plenamente entendible, y en algunos casos, reiterada, ampliada o modificada a través del tratamiento, garantiza el cumplimiento cabal de la ineludible obligación legal del médico.

Este cambio trascendental en la relación médico-paciente, a no dudar ha conmovido esta milenaria relación, ya que el paciente ha dejado de ser, conforme establecía la tradición hipocrática, el sujeto pasivo, y por ende, subordinado a todo aquello que el médico considerara “conveniente”, sea para mantener su salud o tratar su enfermedad, o para rehabilitarlo.

De esta manera, esta peculiar relación, ha sufrido un cambio verdaderamente revolucionario, que por una parte ha jerarquizado al paciente, que dejó de ser un sujeto pasivo, para adoptar un rol activo, constituyéndose en el verdadero protagonista, al participar en la adopción de lo que considere conveniente, en virtud de sus principios, creencias o decisiones por cualquier causa, razón o motivo. Así, este cambio logró que el paciente sea responsable en todo lo concerniente a su vida, su salud y su enfermedad.

Como contrapartida, el médico ha visto radicalmente cambiado su rol ancestral, debiendo compartir cada una y todas sus conductas, a la par que modificado su tradicional rol dentro de la relación médico-paciente. Dicha relación, tradicionalmente vertical, a la par que asimétrica, en la cual el paciente siempre estaba subordinado, se ha transformado en

transversal, ello, es, simétrica, y de ninguna manera dependiente.

Con el advenimiento de este cambio, ambos sujetos de la relación son corresponsables de la conducta médica que se adopte, o –en su caso- se deseche, no debiendo ser interpretado más allá de lo que realmente ello significa: a) por parte del paciente el legítimo ejercicio de un derecho sólidamente consagrado y b) por parte del médico, el insoslayable cumplimiento de una obligación legal.

Esta manera de establecer la relación entre el médico y el paciente, no debe ser mal interpretada, como no pocos médicos a la par que instituciones médicas, públicas y/o privadas, creen. Así resulta ser, pues, pese haber cumplimentado el consentimiento informado, no es un mero trámite administrativo, mucho menos formal, y de ninguna manera, que deja al médico librado absolutamente de todo compromiso o responsabilidad, que ha sido transferida al propio paciente o quien corresponda, según el caso.

El médico cumple con lo que la ley determina, el enfermo informado asumirá los riesgos que se le han hecho conocer en detalle, pero el médico nunca quedará cubierto por su posterior conducta imperita, imprudente o negligente.

Expresado de otra manera, cumplir con el consentimiento informado no es solo acatar lo que exige el ordenamiento legal, así como tampoco se limita al cumplimiento de una norma que dicta la bioética. Ello, habida cuenta de que constituye un presupuesto fundamental en la relación médico paciente que respeta la propia autonomía de este último, en un ámbito estrictamente personal, que muchas veces representa un hecho de mayúscula importancia y trascendencia, no solo para su persona, sino también, para su familia.

Resulta más que conveniente destacar que de ninguna manera el sujeto “activo” del consentimiento informado es el médico, si bien su participación en el mismo, además de ser obligatoria a la par que imprescindible, es fundamental. El verdadero sujeto activo del consentimiento informado es el propio paciente, o las personas que, tal cual está previsto en la normativa legal, lo hacen en su lugar y representación.

De esta manera, el paciente, que participa de este verdadero “proceso”, a partir del conocimiento que ha tenido a través de la información recibida,

y en función de sus particulares intereses, es el que otorga o rechaza prestar su consentimiento a lo propuesto por el médico. Resumiendo, el que realiza el consentimiento informado no es el médico, sino que es el propio paciente.

Pero, al propio tiempo, el cumplimiento del consentimiento informado también representa una innegable obligación ética del médico, y así lo evidencia su incorporación unánime a los códigos de ética médica existentes.

Todos muy bien sabemos que los servicios de salud pública y privada, se encuentran atravesando una profunda crisis que, por el momento, no encuentra salida, más aun, se va profundizando de manera constante.

Por ello, el cumplimiento del consentimiento informado, si bien es del conocimiento de la abrumadora mayoría de los médicos, no resulta ser fácil de cumplir. Y, cuando se dice “cumplir”, ello significa, de manera ajustada en un todo a lo que “debe ser”, y esto es, lo que preceptúa la ley, que es precisa en un todo y en sus partes.

Relación médico pacientes Siglo XXI

En la actualidad, la relación médico-paciente, ha dejado de regirse en virtud de la tradición hipocrática, y se rige por estos principios y tiene estas características:

- Respeto del principio de autonomía de la voluntad (paciente).
- Principio de beneficencia (médico).
- Principio de justicia (sociedad).
- Cumplimiento del deber de informar para lograr el consentimiento.
- Ecuación horizontal.
- Participación simétrica del médico frente al paciente, ante la toma de decisiones.

Cuando el médico cumple con el principio de autonomía y obtiene el consentimiento informado:

- No vulnera la voluntad del paciente.

- Respeto la dignidad del paciente.
- Honra la libertad del paciente.

La “Medicina defensiva”

Frente a esta nueva manera de desarrollarse la relación médico-paciente, existe una realidad que nadie debe ni puede desconocer. En efecto, los desbordados consultorios externos de los hospitales públicos, a la par que los de los del sector privado, donde cada médico y todos los médicos se ven exigidos a una abrumadora tarea, debido a la demanda incesante a la par que creciente, constituyen un formidable obstáculo para el cumplimiento del consentimiento informado.

Cómo se puede pretender y al mismo tiempo exigir al médico, que en diez o quince minutos, reciba a un paciente, complete la anamnesis, lo examine, determine –si cabe– un diagnóstico, sea presuntivo o de certeza, le solicite –si corresponde, estudios complementarios, y en su caso establezca la conducta terapéutica que entiende corresponde, y como si todo ello fuera poco, cumplir a cabalidad con el consentimiento informado.

La situación actual, a la par que real, con la que se enfrenta, tanto el médico cuanto el paciente, que deben relacionarse en un medio carente muchas veces de infraestructura, con absoluta falta del tiempo necesario, no se puede resolver cercenando el legítimo derecho del paciente y la insoslayable obligación del médico, ello es, incumpliendo con el consentimiento informado. La única solución para ello, es la impostergable reorganización de nuestro sistema de salud, tanto a nivel público, como privado.

Otro cambio de real magnitud que acompaña al consentimiento informado, es el advenimiento de lo que se ha dado en llamar “*Medicina Defensiva*”, a través de la cual, los médicos, cada vez de manera más creciente, están convencidos de que se eximirán de toda responsabilidad, en el momento en que un riesgo se concrete en el paciente, solicitando estudios complementarios, muchos de ellos sumamente costosos (resonancias magnética, tomografías, etc.). De esta manera, asistimos diariamente al erróneo espectáculo en que el médico, sin siquiera examinar al paciente, ante su consulta, directamente solicita tales estudios, *incumpliendo*

con un pilar fundamental de la prestación médica, cual resulta ser, primero escuchar al paciente, luego realizar su examen clínico, para finalmente dialogar con el mismo, y luego de obtener su consentimiento informado, solicitar los estudios que ciertamente amerita el caso y establecer el tratamiento que entienda corresponder.

La falta de cumplimiento del consentimiento informado y/o en otros casos sumada a la “Medicina Defensiva”, contrario sensu de lo que creen numerosos profesionales, menoscaba la “necesaria e imprescindible confianza” que debe lograr siempre todo médico, establecer con el paciente.

La “Medicina Defensiva”, además de apartarse del “deber ser” del médico, llevará, necesariamente, al colapso de los sistemas de salud, y nunca liberará al médico de ninguna de sus responsabilidades frente al paciente, su familia y la sociedad.

Y, la “Medicina Defensiva”, responde, fundamentalmente al extraordinario incremento de los juicios por malpraxis, que, conforme indican las estadísticas, en más del ochenta por ciento de los casos determinan que el/los médico/s, y/o la/s institución/es demandada/s, no ha/n incurrido en ninguna conducta que evidencie incumplimiento de orden alguno de la “Lex Artis” médica. Resulta obvio recordar, que no pocas veces quien demanda a un médico y/o institución tiene absoluta razón y fundamento para hacerlo, obteniendo –proceso judicial mediante, el resarcimiento en función de la responsabilidad que se determina y atribuye a la parte demandada.

Debido al “auge” de estos juicios, que no pocos consideran es una verdadera “industria del juicio” contra los médicos, y que en muchos casos pone de manera hartamente manifiesta que resulta ser así, en virtud de que abogados que algunos tildan de inescrupulosos, inician demandas sin el necesario y correcto asesoramiento medicolegal previo, persiguiendo el cobro de sumas muchas veces asombrosas, en concepto de indemnización, que después de la sustanciación del proceso, queda palmariamente demostrado en la sentencia, no ha existido en absoluto impericia, imprudencia, negligencia ni inobservancia alguna de los deberes y reglamentos que debe cumplimentar el médico, que es absuelto, lo que se ha logrado es algo nefasto para la prestación de servicios de salud.

En efecto, no pocos médicos, tanto en nuestro país, cuanto en el exterior, han comenzado a ver a cada paciente, y muchas veces también a su familia, como a un “verdadero enemigo potencial”. Y, si sobre este punto de partida, se agrega el ineludible deber por parte del médico, de cumplimentar acabadamente con el consentimiento informado, el resultado de la prestación médica deviene en sumamente complejo y de difícil solución.

Por esta razón, la denominación “Medicina Defensiva” es claramente definatoria de la real situación que se vive y, muy lamentablemente, se irá incrementando en el futuro.

Nueva patología de etiología social. “El síndrome del médico agredido”

Las agresiones que sufren los médicos

La clásica relación entre el médico y su paciente, así como con la familia del mismo, se ha visto cambiada de manera extraordinaria. No solo por la radical modificación de la relación, en virtud del obligado cumplimiento del consentimiento informado, impuesto por la ley y la ética, al que se suman las condiciones precarias en que todo médico debe ejercer su profesión. A ello, se ha sumado otro cambio, el médico ya no ocupa el lugar dentro de la sociedad que desde siempre ocupó. Pasó de ser un “cuasi dios”, luego “un personaje respetado por la sociedad”, para finalizar, en la actualidad como un simple “trabajador de la salud”.

Y, este nuevo rol del médico, se ha deteriorado de una manera extraordinaria, toda vez que el siglo XXI lo recibe como una nueva víctima de la violencia generalizada, que invade al mundo, y que no se olvida de nadie, tampoco de los médicos.

Nuestra era, que se ha dado en llamar “de los viajes espaciales”, o “de las comunicaciones”, o de “la informática”, o del la “desaprensión ecológica”, muy bien puede ser denominada “ERA DE LA VIOLENCIA IRRACIONAL”.

Y, en este mundo envuelto en una tremenda violencia, el médico, en su condición de víctima, se ve afectado en el desempeño de sus tareas profesionales.

De esta manera, la sociedad utilitaria y consumista, la presión que somete a todos, y que en el médico se traduce en un stress permanente, el haberse sumado a ello –por si no alcanzara– la agresión de parte de

sus pacientes y/o familiares, adquiere otra forma de expresión de la violencia.

Y, cuando decimos que, no pocos médicos, han comenzado a ver a cada paciente, y muchas veces también a su familia, como a un “*verdadero enemigo potencial*”, ello no se limita a lo referido respecto de la “*medicina defensiva*” ni de la “*industria del juicio*”. En efecto, por si todo lo que se ha considerado fuera poco, el médico se enfrenta a una novedosa problemática, que pocos años antes, nadie hubiera siquiera imaginado. En efecto, cada vez, con mayor frecuencia, en todas partes, los médicos sufren agresiones de parte de los propios pacientes y/o de sus familiares. Y, estas agresiones no son solo psicológicas, sino que también son físicas y ya existen casos de médicos y de los demás profesionales del Equipo de Salud, que han resultado muertos por estas agresiones. El resultado logrado es el descenso del rendimiento laboral, el notorio descenso de calidad en las prestaciones médicas, y con ello el de la relación médico-paciente y, por último, la inevitable consecuencia, el deterioro de la salud física y/o psíquica del médico, llegando en algunos casos, a perder su vida.

Por esta razón, el médico realmente padece un cuadro, que creo es muy especial, y al que considero se debiera llamar “El síndrome del médico agredido”.

El Diario El País de Madrid, en un artículo publicado, refiere que durante años los médicos han prestado poca atención a las agresiones que sufrían por parte de sus pacientes. Ahora ya no es así y tanto las consejerías de Sanidad como los colegios de médicos han empezado a medir con datos este nuevo fenómeno. Según los sindicatos médicos, unos 8.000 facultativos (el 4% del total) han sufrido alguna vez agresiones físicas y un 60% de los 200.000 médicos que hay en España ha recibido amenazas, la Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos (CESM) extrae una cifra global que asegura que el 4% de los médicos españoles (199.123, según las últimas cuentas del Instituto Nacional de Estadística, de 2005) ha sufrido agresiones físicas en alguna ocasión. La CESM, señala además que hasta un 50% de los médicos ha recibido amenazas. De esos, un 4% padece al final problemas psíquicos, los casos de agresión son dispares y van desde el homicidio a la amenaza.

Magda Martínez, del Colegio de Médicos de Barcelona dice que la amenaza puede conseguir que el médico ceda ante el paciente y eso es algo que no se puede permitir porque entonces se estaría llevando a cabo una mala praxis de la medicina.

Situación de la Argentina

Más de la mitad de los médicos argentinos dicen que son agredidos por pacientes y familiares. (www.hicongenito.com.ar/nuestra_lucha.php. 07 de febrero de 2005).

El fenómeno no respeta geografías, clases sociales o si el lugar de atención es público o privado. La mayoría de los que nos curan no escapan a la intolerancia general y son atacados física o verbalmente. Los motivos. Historias conmovedoras de una hostilidad creciente que nadie sabe cómo parar.

Un médico del SAME concurre a un domicilio ante un llamado de emergencia en un barrio de clase media de Capital. Cuando llega es recibido por el dueño de casa, que lo invita a pasar. Una vez adentro, el hombre saca un revólver y apunta directo a la cabeza del médico. Le dice: “¿Cómo te sentís si tiro? Cuando vos tardás en llegar, yo también me siento paralizado. Ahora pasá, mi mujer está en su cuarto”.

Episodios como éste bien podrían formar parte de la trama de una miniserie de TV. Pero son un ejemplo de una realidad que está creciendo en nuestro país. La violencia y el alto grado de intolerancia no sólo se padecen en las canchas de fútbol o en las aulas: también en clínicas y hospitales. Según datos de una encuesta realizada por Intramed –un portal exclusivo para la comunidad médica, con 197.000 usuarios registrados– de la que participaron 22.300 médicos argentinos, el 55,8% reconoció haber sufrido agresiones verbales o físicas por parte de sus pacientes o de los familiares que los acompañan.

“La violencia está instalada. Es un patrón y no una cuestión de clases. Se ha generalizado en todos los ámbitos y el hospitalario no es la excepción. Hay agresiones que llegan a denuncias judiciales, y médicos que han tenido que trabajar con custodia policial en la puerta del consultorio”, explica la psicóloga Liliana Sánchez, integrante del grupo Factores Humanos del SAME, un equipo que trabaja en la contención y asistencia del personal de emergencia ante episodios de violencia o estrés laboral.

Guardapolvos antibalas. La Asociación Médica Británica inició una campaña de tolerancia cero a las agresiones, en la que define la violencia como “cualquier incidente en el cual el personal médico o paramédico es abusado, amenazado o agredido en ocasión laboral y con un desafío explícito o implícito a su seguridad, bienestar o salud”. Los manuales de prevención que se han escrito sobre este tema señalan que es importante distinguir estas agresiones, que son conscientes y muchas veces premeditadas, de las reacciones por angustia desmedida que pueden sufrir las personas con la enfermedad o muerte de un ser querido.

La mayoría de los médicos argentinos encuestados reconoció que gran parte de las agresiones que sufren son de tipo verbal, aunque a veces del insulto al golpe hay un paso. “Es una realidad preocupante, que ha crecido en los últimos años. Ha habido casos de intimidaciones en domicilios particulares, amenazas con armas, fracturas de nariz, mordeduras. Estos hechos de violencia nos descolocan mucho. Los médicos tenemos una actitud abierta con nuestros pacientes y no podemos imaginar que seremos víctimas de agresiones. Por eso debemos reconocer la hostilidad creciente y aprender a manejarla”, admite María Angélica Martín, jefa de unidad del Departamento de Urgencias del Hospital Fernández.

Las salas de guardia son el sector donde se produce la mayor parte de los episodios de tensión. El 74% de los médicos dedicados a las emergencias, que trabajan en ambulancias o en las guardias de clínicas y hospitales, manifestó haber sufrido agresiones. “La guardia es el lugar de choque. Basta con sentarse un rato en la sala de espera para captar la sensación térmica que se vive allí. Además, el vínculo entre el médico de guardia y el paciente es ocasional, y eso no ayuda. Cuando la gente siente pertenencia, aunque tenga que esperar, es mucho más tolerante, porque te conoce y sabe que estás haciendo tu máximo esfuerzo”, comenta Jorge Lavrut, pediatra del Hospital de Niños Pedro Elizalde.

Las agresiones y maltratos se dan tanto en las instituciones públicas como en las privadas. Aunque lo que varía son los motivos que despiertan los posibles episodios conflictivos.

Uno de los principales inconvenientes de los hospitales públicos es que están desbordados ante el aumento de la demanda de pacientes que ya

no tienen cobertura médica. Esto trae como consecuencia demoras en la atención y algunas veces la imposibilidad de dar respuesta. “Llegamos a situaciones límite porque en meses se duplican o triplican las consultas. Cuando estás en desventaja por cuestiones de infraestructura, más se agudizan los problemas. El médico es la cara visible de un sistema que está colapsado, y cuando tiene que explicarle a la gente que no tiene ambulancia, o camas para internación, muchas veces sufre episodios de violencia”, explica Raúl Brañero, jefe de Emergencia y Atención Ambulatoria del hospital bonaerense Teresa Germani, de Gregorio de Laferrere.

Los profesionales que atienden en el ámbito privado manifiestan que muchos episodios de violencia comienzan cuando los pacientes exigen estudios de alta complejidad y, si los médicos se niegan por considerarlos innecesarios, se alteran porque se sienten estafados. “La aparición de intermediarios complicó el vínculo médico-paciente. Hoy hay una problemática económica que rodea el acto médico. El paciente, que paga una alta cuota mensual, se enoja con el profesional que lo atiende si la cobertura no cubre todo. Por otro lado, los médicos, mal remunerados, deben achicar los tiempos de consulta para atender más y trabajar con más prepagas”, explica Osvaldo Ferreres, abogado y doctor en medicina.

A la defensiva. Una forma de violencia más acallada, pero no por eso menos perjudicial, son las amenazas de juicios por mala praxis. “Los familiares amenazan a los médicos con denunciarlos judicialmente, aunque no tengan fundamentos. Esto genera una medicina a la defensiva, forzada por el temor al reclamo judicial. En lugar de cumplir con una buena práctica médica, se cumple con el mandato del miedo”, advierte Ignacio Maglio, abogado especialista en salud pública.

Los especialistas coinciden en que el aumento de episodios de violencia está directamente relacionado con los cambios sufridos en la relación médico-paciente. Hoy, quienes concurren a una consulta médica tienen mucha más información y, si bien esto es positivo, a veces discuten con los profesionales como si fueran colegas.

“La figura del médico ya no es una institución indiscutida, como era antes. Esto tiene que ver con un cambio social general, así como la gente ya no respeta a un político o a un policía, tampoco lo hace

con el médico. Cuando las instituciones no funcionan correctamente, todos sus integrantes se ven afectados, aunque muchos no lo merezcan”, señala Brañeiro.

Cuidar a los que cuidan. Taquicardia, presión alta, estrés y sensación de agotamiento son algunas de las manifestaciones físicas que sufren los médicos agredidos. “Los médicos, al igual que los pacientes, son cosufrientes de un sistema en crisis. Y muchas veces el estrés laboral, combinado con episodios violentos, forma un cóctel explosivo. Por eso los índices de suicidio y alcoholismo son tan altos en la comunidad médica, y según indican las estadísticas los profesionales de la salud sufren el primer infarto 11 años antes que cualquier otra persona”, explica el doctor Daniel Flichtentrei, jefe de contenidos médicos de Intramed.

A pesar de que los episodios de agresión son un fenómeno creciente, pocos los denuncian judicialmente. “Los colegas no denuncian porque los trámites son engorrosos, pero sobre todo por la poca comprensión a nivel institucional. Quienes son agredidos deben seguir trabajando por no perder el plus de guardia, o porque no hay otro colega que los reemplace. Eso es una locura”, agrega Lavrut.

El aumento creciente de los hechos de violencia ha hecho que diversas instituciones comiencen a trabajar en la prevención y contención de sus profesionales. En el Hospital Muñiz han redactado un reglamento de convivencia, al que llamaron Carta de Derechos y Obligaciones para los Pacientes. Los miembros de la Subcomisión para la Prevención de la Violencia e Inseguridad del Hospital Pedro Elizalde elaboraron un manual estratégico de seguridad, que incluye un formulario para denuncias de violencia.

“Los médicos deben aprender a manejar la agresión y los factores para disminuirla. Es importante buscar soluciones a corto y mediano plazo y así evitar que el problema crezca”, explica el abogado Marco Aurelio Real, miembro de la comisión para prevenir la violencia de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

Para el abogado Maglio, es necesario brindar al equipo de salud condiciones materiales y espirituales para garantizar una buena práctica de la medicina: “La sociedad entera debe reconocer este problema y trabajar para resolverlo. Si no entendemos que un médico mal cuidado va a cuidar mal, caemos en un círculo vicioso sin salida”.

Referencias

1. “Agresiones a médicos. Una violencia que duele”. médicos-municipales.org.
2. Barrera Lazo Stella Maris F., Villarroel Salazar Cristhiam G. “Detección de agresión laboral al personal médico y de enfermería del Policlínico Central de La Paz, Bolivia” Revista Paceaña de Medicina Familiar, 2007; 4(6): 106-110. www.mflapaz.com/Revista_6/...6.
3. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. “La agresión a los médicos, una violencia que crece”. www.cmpc.org.ar/datos/vernoticias.
4. Diario Clarín. www.clarin.com/diario/2007/07/27/.../ “Evalúan los pasos a seguir en caso de que continúe la violencia. Alerta de médicos municipales por los maltratos de los pacientes”.
5. Diario Infobae. Otro brutal caso de agresión contra un médico. www.infobae.com 12-08-07.
6. Diario La Nación. “Encuesta a 30.100 profesionales de la salud”. Buenos Aires, 21 de octubre de 2007. www.lanacion.com.ar/nota.asp.
7. Diario Los Andes “Experiencias de médicos que son agredidos en el ejercicio de su tarea”. www.losandes.com.ar/notas/.../25-02-07
8. Diario Los Andes - Mendoza - 16/12/08. www.inversorsalud.com.ar
9. Diario Médico. <http://www.diariomedico.com/edicion/> : Año 2007: 11-02, 29-02, 21-06, 28-06 y 05-07. Año 2008: 11-02, 07-03, 13-03, 16-04, 21-04, 27-05, 07-07, 30-07, 23-09 y 12-12. Año 2009: 20-02, 11-03, 16-04, 26-05, 03-06, 09-06, 05-07, 09-07, 28-07, y 30-07.
10. Diario El Universal, Caracas, 14-mayo-2009. <http://www.eluniversal.com>.
11. Diario Página 12. “Piden medidas de seguridad y mejoras en hospitales. Médicos denuncian agresiones”. 28 de julio de 2007. www.pagina12.com.ar/diario/sociedad.
12. Diario popular www.popularonline.com.ar.

13. IntraMed."Encuesta Exclusiva IntraMed: Agresiones contra médicos.¿Qué hecho yo para merecer esto?". 22 agosto 2005. www.intramed.net/36397.
14. JANO • 30 Marzo 2009.
15. Kvitko Luis Alberto y Carrillo Abítia Rosa Elena. "Aspectos interesantes sobre el consentimiento informado en la práctica médica". Boletín Médico, Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Sinaloa. Vol °, Nº 12, febrero-abril 2006:29.
16. Kvitko Luis Alberto. "Consentimiento informado" en "La peritación medicolegal en la praxis médica". Editorial La Rocca, Buenos Aires, 2008.
17. "La salud enferma. Médico del Hospital Santojani denunció brutal agresión de una paciente" Agencia NOVA. Noticias + Opinión" [.www.agencianova.com/nota.asp?n=2007.17-08-2007](http://www.agencianova.com/nota.asp?n=2007.17-08-2007).
18. "Más de la mitad de los médicos argentinos dicen que son agredidos por pacientes y familiares". www.hicongenito.com.ar/nuestra_lucha.php. 07 de febrero de 2005.
19. "Piden investigar agresión contra un médico". 19.9.2008. www.infocanuelas.com/noticia.

Información e instrucciones para los autores

La Revista Médica de la UAS es editada por la Coordinación Universitaria del Hospital Civil, y es el órgano oficial de la Universidad Autónoma de Sinaloa, que publica las siguientes secciones: Editorial, trabajos originales e inéditos, casos clínicos y artículos de revisión de interés, previamente aprobados por su Comité Editorial. Sus espacios están abiertos a todos los miembros de la comunidad médica del país y del extranjero que tengan interés en dar a conocer los resultados de sus trabajos de investigación relacionados con el área de la salud, cumpliendo con las políticas editoriales establecidas por su comité editorial. Todo esto con el firme propósito de contribuir a la difusión de conocimiento relevante y actualizado en las diferentes áreas del quehacer médico que contribuyan a la mejora de la salud local, regional, nacional y mundial.

La Revista Médica de la UAS se publica trimestralmente y recibe manuscritos para ser revisados por el comité editorial que deben venir acompañados por una carta de cesión de derechos de autor. Los manuscritos aceptados no podrán ser publicados parcial o totalmente en otras revistas sin el consentimiento por escrito de la Revista Médica de la UAS.

Todos los trabajos enviados a la Revista Médica de la UAS, se ajustarán a los lineamientos establecidos editoriales por su comité, de no ser así la revista se reserva el derecho de ajustar el manuscrito a su estilo editorial y corregir los errores de ortografía y sintaxis.

Preparación del manuscrito

Este se deberá escribir en programa Microsoft Word con letra Arial No. 12 a doble espacio, con márgenes izquierdo y derecho de 2.5 cm. La extensión final del escrito médico no deberá exceder las 20 páginas las cuales se deben numerar en orden progresivo en el margen inferior derecho con cada sección iniciando en hoja por separado (Título, resumen en inglés, resumen en inglés, introducción, Material y métodos, Resultados, Discusión y referencias). Los cuadros

y figuras deben ir en hojas separadas (una por hoja). El manuscrito debe ser enviado en un formato impreso con dos copias y en formato electrónico (CD o memoria USB).

Editorial

Está a cargo de los editores de la revista y podrá ser escrito por ellos o bien por algún otro médico no relacionado con la revista, previa invitación por el comité editorial, donde se reflexione sobre tópicos de interés relacionados con la educación médica, problemas de salud de la población y/o avances en el campo de la ciencias médicas.

Artículos originales

Para su publicación los trabajos originales son seleccionados con base a su calidad, relevancia y aporte científico así como en su presentación. Los apartados que debe incluir un manuscrito original son:

I.- Hoja frontal

Los artículos originales deberán contener en la primera página:

1.- El título conciso e informativo del trabajo que exprese los objetivos de la investigación y de ser posible el diseño metodológico (máximo dos renglones sin abreviaturas). Deberá estar escrito en mayúscula la primera letra y el resto en minúsculas (Ejem: Embarazo en adolescentes y no adolescentes: Resultados obstétricos y perinatales.)

2.- Nombre y apellido(s) de cada autor.

2.- Grados y departamentos institucionales en los cuales se realizó el trabajo.

3.- Nombre y dirección del autor a quien se solicitarán los reimpresos y se enviará la correspondencia.

4.- Cuando sea necesario mencionar las fuentes del financiamiento de la investigación.

5.- Un título corto de no más de 45 caracteres (contando espacios y letras).

II.- Resumen en Español

Se presentará en un máximo de 250 palabras, y deberá estar estructurado de la siguiente

manera: **OBJETIVO** (indicará el propósito de la investigación), **MATERIAL Y METODOS** (se establecerá el diseño metodológico y los procedimientos básicos como selección de la muestra, los métodos analíticos y observacionales); **RESULTADOS** (Los principales hallazgos con datos concretos y en lo posible su significancia estadística), **CONCLUSIONES** (lo más relevante y original que aporta el trabajo de investigación).

Palabras clave: Al final se anotarán 3 a 5 palabras clave que describan el trabajo, para facilitar la inclusión en índices internacionales. Se recomienda emplear los términos del Medical Subject Headings del Index Medicus más reciente.

III.- Resumen en Inglés

Será escrito en un máximo de 250 palabras con las mismas características que el resumen en español. Se iniciará con una versión del título del trabajo en el idioma inglés. También se señalarán de 3 a 5 palabras clave (key words). Se sugiere que este párrafo sea revisado por un traductor experimentado, a fin de garantizar la calidad del mismo.

IV.- Introducción

Deberá incluir los antecedentes, el planteamiento del problema y el objetivo del estudio en una redacción libre y continua debidamente sustentada en la bibliografía, la cual se debe ir refiriendo con números arábigos de manera progresiva conforme se van citando en el artículo. Este apartado es el que le da sustento al trabajo de investigación que se presenta.

V.-Material y métodos

Se señalarán claramente las características de la población de estudio, las variables que se analizan y su definición operacional, los métodos empleados en el estudio con las referencias pertinentes, en tal forma que la lectura de este capítulo permita a otros investigadores, realizar estudios similares. Los métodos estadísticos empleados deberán señalarse claramente con la referencia correspondiente así como el cálculo del tamaño muestral cuando sea necesario. En caso de que se estén utilizando fármacos o sustancias químicas estas deberán referirse por su nombre genérico, con la posología y vía de administración. No se deberán anotar el nombre o iniciales de pacientes ni números de expediente del hospital. No se admiten abreviaturas solo la simbología permitida para medidas de longitud,

altura, peso y volumen que deberán ser reportadas en unidades métricas (metros, kilogramos o litros) ó en sus múltiplos decimales; Por ejemplo: mmHg, kg, mg, μ g, ng, pg, dL, ml, cm, mm, Na, K, HDL, LDL, VLDL, cm³, mm³, UI,: La temperatura debe ser referida en grados centígrados

VI.- Resultados

Deberá incluir los hallazgos importantes del estudio, comparándolos con las figuras o gráficas estrictamente necesarias y que amplíen la información vertida en el texto. Se deben de redactar en una manera lógica y coherente de lo general a lo particular.

VII.- Discusión

Deberán de contrastarse los resultados con lo informado en la literatura y con los objetivos e hipótesis planteados en el trabajo. Siempre se deberá referir la cita bibliográfica del artículo contra el cual se contrastan los hallazgos con el número correspondiente

VIII.- Referencias

Se presentarán de acuerdo con las indicaciones de la última Reunión de Vancouver (Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se proporcionan para publicación en revistas biomédicas. Actualizada en Octubre de 2008;www.icmje.org). Se indicarán con números arábigos en forma consecutiva y en el orden en que aparecen por primera vez dentro del texto. Se referirán en el texto, cuadros y pies de figura con los números correspondientes. Se citarán un máximo de 20 referencias en el caso de artículos originales y las que sean necesarias en el los artículos de revisión.

En el caso de los artículos publicados en revistas periódicas se deberán redactar de la forma siguiente:

- Primer Apellido completo e iniciales del segundo apellido en caso de autores latinos y el o los nombres del autor. En caso de ser 6 autores o menos se deberán mencionar todos.
- Título del trabajo.
- Revista en que se publicó el trabajo y el año de publicación seguido por punto y coma;
- Volumen de la revista seguida por dos puntos;
- y primera y última página del artículo.

Morgan OF, López ZMA, Elorriaga GE, Soto PM, Lelevier RH. Histerectomía total laparoscópica: complicaciones y evolución clínica en una serie de 82 casos. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):520-5.

En caso de que sean más de 6 autores, se anotarán los primeros 6 y a continuación se pondrá la palabra et al.

Garry R, Fountain J, Mason S, Hawe J, Napp V, Abbot J et al. The evaluate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the second comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004;328(7432):129.

Las referencias a libros tendrán el siguiente formato:

- Apellido e inicial del nombre del o los autores seguido de un punto.
- Título del libro utilizando mayúscula solo para la primera letra
- Numero de la edición si no es la primera
- Ciudad en que la obra fue publicada, seguida de dos puntos (cuando se citan más de dos lugares de la editorial citar el primero y si se encuentra en ingles puede traducirse al español)
- Nombre de la editorial seguida de coma(,)
- Año de la publicación (de la última edición citada) seguida de dos puntos (Copyright) (no citar año de reimpresiones)
- Numero de volumen si hay más de uno seguido de dos puntos (ejemplo: Vol. 2:)
- Número de la página citada

Ringsven IJ, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. Ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996:pp236.

Las referencias a capítulos en libros aparecerán así:

- Apellido del autor o los autores seguidos de iniciales y al final un punto.
- Título del capítulo utilizando mayúscula solo para la primera letra
- Indicar la palabra “In o En” seguida de dos puntos:
- Apellido e inicial del o los editores del libro seguido de coma,
- Indicar la abreviatura “ Ed ó Eds“ seguida de un punto.
- Título del libro utilizando mayúscula solo para la primera letra de la palabra inicial, seguida de punto
- Numero de la edición si no es la primera
- Ciudad en que la obra fue publicada, seguida de dos puntos
- Numero del volumen si es que hay más de uno, seguido de dos puntos
- Año de la publicación, seguido de dos puntos
- Primera y última página del capítulo citado

separado por un guión

Pasternak RC, Braunwald E. Acute myocardial infarction. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL (Eds.) McGraw-Hill Inc. 12a. Edición New York, 1994, pp 1066-1077.

IX.- Cuadros y Figuras

Los cuadros y figuras deberán citarse con números arábigos consecutivos conforme sean citados en el cuerpo del texto del artículo (Cuadro 1, Cuadro 2,...Cuadro n; Figura 1, Figura 2,...Figura n.) seguido a continuación del título que explique la información que se quiere dar a conocer. Al pie del cuadro se dará a conocer el significado de las abreviaturas que se hayan utilizado.

Deben presentarse en el manuscrito después de las referencias bibliográficas, redactadas a doble espacio. Los cuadro deberán ser auto explicativos y no redundantes (esto es no deben incluir información ya comentada de manera extensa dentro del texto). Deberá llevar un pie de figura.

Las figuras deberán ser enviadas en un estilo profesional con un tamaño de las letras, números y símbolos que permitan reducción sin pérdida de la nitidez. Deberán ser enviadas en formato JPEG.

Caso clínico

Deberán constar de resumen en español e inglés (máximo de 150 palabras) en formato libre (no estructurado). El cuerpo del caso clínico debe incluir introducción, presentación del caso, discusión, figuras y referencias (no más de 20). La extensión total del escrito de un caso clínico no deberá excede las 10 cuartillas incluidos cuadros y figuras.

Artículo de revisión

Este deberá versar sobre un tema relevante y de actualidad que contribuya a la actualización del gremio médico. El autor deberá ser alguien con reconocimiento en su campo. Las secciones y subtítulos serán definidos por el autor. Al inicio del artículo se deberá incluir un resumen en español e inglés con una extensión no mayor de 150 palabras en formato libre no estructurado. La extensión máxima de esta sección no deberá ser mayor a 25 cuartillas. El número de citas bibliográficas deberá ser extenso, en un número no menor de 60 citas bibliográficas y

redactadas como ya se comentó anteriormente. Los cuadros y figuras no deberán exceder el número de seis (6).

Los trabajos que no reúnan los requisitos anteriores no serán considerados para revisión editorial.

Correspondencia

Los trabajos se deberán enviar a la siguiente dirección: Eustaquio Buelna No. 91, Colonia Gabriel Leyva, CP: 80030, Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: (667)713-79-78. Con atención al Dr. Fred Morgan Ortiz y/o Dr. Felipe de Jesús Peraza Garay o a los correos electrónicos: fmorganortiz@hotmail.com, constan@uas.uasnet.mx, fperaza@uas.uasnet.mx.

Se extenderá acuse de recibo del trabajo de manera oportuna y en caso de ser aceptado para publicación o de requerir modificaciones de acuerdo a observaciones de los revisores se le notificará.