

DIRECTORIO

Dr. Víctor Antonio Corrales Burgueño

Rector

Dr. José Alfredo Leal Orduño

Secretario General

Dr. Ignacio Velázquez Dimas

Director Servicios Escolares

Dr. Jesús Israel Martínez Félix

Director CUHC

Dr. José Cándido Ortiz Bojórquez

Sub-director matutino

Dr. Gertzaín Gutiérrez Jiménez

Sub-director vespertino

Dr. Alfredo Contreras Gutiérrez

Jefe de Enseñanza e Investigación

EDITORES

Dr. Fred Morgan Ortiz

Editor

Dr. Constantino B. Cuetos Martínez

Editor asociado

Dr. Felipe de Jesús Peraza Garay

Editor asociado

CONSEJO EDITORIAL

Dr. René Drucker Colín

Dr. Oscar Arias Carrión

Dr. Luis Alberto Kvitko

Dr. Jesús Israel Martínez Félix

Dr. Uriah Guevara López

Dr. Fco. Javier Molina Méndez

Dr. Orlando Tamariz Cruz

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Oscar Arias Carrión

Dra. Gilma López López

Dr. Alberto Quintero Pérez

Dr. Alberto González Valdez

Dra. Blanca Inés Esquivel Leyva

Dr. José Cándido Ortiz Bojórquez

Dra. Marisol Montoya Moreno

Dra. Marcela de J. Vergara Jiménez

Dra. María de L. Verdugo Barraza

Dr. Jesús Javier Martínez García

Revista Médica de la UAS

Contenido

1. Editorial

Artículos originales

3. Prevalencia de punción accidental de duramadre en pacientes obstétricas sometidas a anestesia regional en el Hospital Civil de Culiacán en el periodo del 2008 al 2009

Martha I. Gómez-Ramírez, Alma R. Gerardo-Angulo, Felipe Peraza-Garay, Fred Morgan-Ortiz, Marisol Montoya-Moreno, Ildefonso Villa-Gastélum

7. Disfunción de la Articulación Temporomandibular (ATM) en pacientes de nuevo ingreso a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad Autónoma de Sinaloa

Lourdes Verdugo-Barraza, Rosario Adriana García-Zamora, Alma Lucía Castro-Lara

12. Implementación del proyecto: Atención integral de calidad en el embarazo en un Hospital Básico Comunitario Culturalmente Competente

Agustín Díaz-Gois, Francelia Puente-Solís, Francisco J. Posadas-Robledo, Silvia M. Sanjuanero-Ruiz, Sergio Galán-Cuevas

Caso clínico

20. Síndrome de Horner en un caso de anestesia epidural para cesárea

Ramona Berenice Miranda-Bojórquez

Artículo de revisión

24. Una nueva patología de etiología social: “El síndrome del médico agredido”. Parte II

Luis Alberto Kvitko

35. 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 Revista Médica de la UAS acepta para su publicación trabajos de investigación de todas las disciplinas de las ciencias de la Salud; este segundo número contiene tres artículos originales: uno relacionado con la especialidad de anestesiología, otro con odontología y un tercero referente a la calidad de la atención médica.

El trabajo de anestesiología aborda un tópico muy frecuente como lo es la anestesia regional por vía peridural y la frecuencia de una de sus principales complicaciones como lo es la punción incidental de duramadre relacionándola con la experiencia del operador.

El trabajo del área de odontología es un artículo original titulado "Disfunción de la Articulación Temporo-mandibular (ATM) en pacientes de nuevo ingreso a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad Autónoma de Sinaloa" el cual aborda la frecuencia de este trastorno en los pacientes que acuden por vez primera en busca de atención por problemas odontológicos y es producto de una tesis de Maestría en Ortodoncia y Ortopedia. Esperamos que este sea el principio y ejemplo para que los miembros de esta importante área difundan sus proyectos de investigación a la comunidad científica mediante sus colaboraciones a la REV MED UAS.

Este número contiene una colaboración de los Servicios de Salud de San Luis Potosí con un trabajo sobre la implementación de un proyecto de atención integral de calidad durante el embarazo, parto y puerperio a una población indígena en un hospital comunitario culturalmente competente y el impacto que este tiene sobre sus complicaciones y la mortalidad materna, así como la aceptación de este grupo para recibir atención médica rompiendo sus barrera socio-culturales en pro de mejorar su calidad de atención durante esta etapa tan importante.

Estamos a la espera de seguir contando con un mayor número de colaboraciones, las cuales este

comité recibirá con gusto para someterlos al proceso de revisión y publicación.

Dr. Fred Morgan Ortiz
Editor

Dr. Felipe de J. Peraza Garay
Editor Asociado

Dr. Constantino B. Cuetos Martínez.
Editor Asociado

Prevalencia de punción accidental de duramadre en pacientes obstétricas sometidas a anestesia regional en el Hospital Civil de Culiacán en el periodo del 2008 al 2009

Martha I. Gómez-Ramírez,^{a*} Alma R. Gerardo-Angulo,^a Felipe Peraza-Garay,^a Fred Morgan-Ortiz,^a Marisol Montoya-Moreno,^a Ildefonso Villa-Gastélum^a

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

Introducción: La punción accidental de duramadre (PAD) es una complicación importante de la analgesia/anestesia epidural en pacientes obstétricas, con la consiguiente aparición de diversas complicaciones, más frecuentemente la cefalea sobre todo en este grupo de pacientes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de punción accidental de duramadre en pacientes obstétricas sometidas a anestesia regional en el Hospital Civil de Culiacán en el periodo del 1 de Julio 2008 al 30 de Junio del 2009. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrolectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 1761 registros de pacientes obstétricas sometidas a analgesia/anestesia durante el periodo del 1 de Julio del 2008 al 30 de Junio del 2009 en el Hospital Civil de Culiacán. Se sometieron a procedimientos como cesárea, analgesia para trabajo de parto y OTB postparto inmediato, se estudiaron las variables edad, género, peso, turno en que se realiza el procedimiento, técnica anestésica utilizada, nivel de capacitación del operador, punción accidental de duramadre, cefalea, náusea, vómito, tinnitus, diplopía, vértigo, tratamiento. **Resultados:** La muestra final total fue de 1529 expedientes. La prevalencia de PAD fue de 1.8% (IC 95% 1.17%-2.56%), no se encontró relación significativa ($p = .304$) entre PAD y nivel de capacitación del anestesiólogo, tampoco ($p = .509$) con respecto al turno en que se realizó el procedimiento. Los síntomas presentados en las pacientes con PAD fueron: cefalea 1% y vértigo 1%. No se observó otra sintomatología. **Conclusiones:** Los porcentajes de PAD, están dentro del reportado en otros centros de enseñanza. No se observó diferencia entre los turnos en los que se presenta la PAD y tampoco fue determinante la experiencia del operador. La cefalea se presentó en un porcentaje mucho menor que el de los estudios realizados anteriormente.

Palabras clave: Punción accidental de duramadre, obstetricia, anestesia regional.

Abstract: The accidental dural puncture (ADP) is an important complication of regional epidural anesthesia/analgesia in obstetric patients, with plenty of outcoming complications, being the most frequent post dural puncture headache in this group of patients. **Objective:** Determinate the prevalence of ADP in obstetric patients who had regional anesthesia at the Civil Hospital of Culiacán from July 1st 2008 to June 30th 2009. **Methods:** We realized a retrospective, observational, descriptive and transversal study. It included the revision of 1761 records of obstetric patients who had regional analgesia/anesthesia in the period before commented. These patients had the following procedures: cesarean, delivery labor and bilateral tubaric occlusion immediatly after delivery. The following variables were analyzed: age, weight, gender, turn of the day in wich realized the procedure, anesthetic technic, experience of the operator, ADP, postdural puncture headache, nausea, vomits, tinnitus, diplopia, vertigo, treatment. **Results:** A total of 1529 records were analyzed, the prevalence of ADP was of 1.8% (IC 95% 1.168%-2.561%), the prevalence of ADP and the experience of the operator result without significative difference ($p = .304$), the prevalence of ADP related with the turn of the day in wich th procedure was realized result with no significant difference ($p = .509$), symptoms in patients with ADP: postdural puncture headacehe (0.1%), vertigo (0.1%). Whe did not observed other symptoms. **Conclusions:** The frequency of ADP its in the average reported of other hospitals, there is no difference between the turn of the day in wich the procedure was realized and the ADP and is not involved the experience of the operator. The postdural puncture headache was performed in a lower average compared with studies previously realized.

Key words: Accidental dural puncture, obstetrics, regional anesthesia.

1. Introducción

John Snow pionero de la anestesia obstétrica administró cloroformo para el trabajo de parto a la Reina Victoria en 1848, posteriormente en 1900 el ginecólogo Oscar Kreis administró la primer analgesia obstétrica en el Hospital de la mujer en Basel, así mismo re-

*Dra. Martha I. Gómez-Ramírez. Anestesióloga. Correspondencia: Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: marthamiu@hotmail.com.

conoció las ventajas y desventajas de la analgesia en obstetricia, incluyendo la alta incidencia de cefalea postpunción dural.^{1,2}

Desde la aplicación de la anestesia en la paciente obstétrica ha habido un aumento en el uso de la anestesia regional desde hace 25 años tanto para analgesia en el trabajo de parto y la cesárea, ya que estas técnicas proporcionan mayor calidad analgésica para el trabajo de parto que otras alternativas y sus beneficios son mayores que sus riesgos tanto para la madre como para el producto.^{3,4} La anestesia regional en obstetricia, presenta diversas complicaciones, siendo las más frecuentemente reportadas: hipotensión arterial, anestesia espinal alta, anestesia espinal total, anestesia subdural, dolor de espalda, punción dural accidental, retención urinaria, lesión vascular o nerviosa, meningitis, absceso epidural, hematoma epidural, toxicidad por absorción de anestésico, alergia a anestésicos, bloqueo fallido, complicaciones relacionadas con las agujas y catéteres, muerte.^{1,3,6,7} A pesar de que se pueden presentar complicaciones después del uso de anestesia regional en obstetricia, ésta se asocia con una disminución de la morbilidad y mortalidad posoperatoria en pacientes sometidos a este tipo de anestesia.⁶

El diagnóstico de punción dural accidental se basa en la salida de líquido cefalorraquídeo a través de la aguja de Tuohy durante el procedimiento anestésico de manera no deseada, o en la presencia de cefalea postpunción dural en el postoperatorio.^{8,9}

La punción dural accidental es una complicación importante de la analgesia/anestesia epidural en pacientes obstétricas, con una incidencia de 0.04% a 6%.^{4,8-13}

Las mujeres embarazadas son particularmente propensas a presentar cefalea postpunción dural, debido a la influencia del sexo, edad, y el amplio uso de la anestesia regional.¹⁰ Si se presenta la cefalea ésta tiende a ser severa o incapacitante, marcadamente postural y con algunos días de duración. Es una causa un significativo aumento de trabajo de anestesiología y de hospitalización prolongada. Sin tratamiento, la cefalea postpunción puede convertirse en crónica y persistir por meses e incluso por años.^{9,14}

2. Material y métodos

Prevía autorización por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Civil de Culiacán, se realizó un estudio retrolectivo, descriptivo, observacional y transversal. Se revisaron 1761 registros de pacientes obstétricas sometidas a analgesia/anestesia durante el periodo del 1 de Julio del 2008 al 30 de Junio del 2009 en el Hospital Civil de Culiacán. Se incluyeron aquellas pacientes a las cuales se les realizó operación cesárea, analgesia para trabajo de parto y obliteración tubárica bilateral (OTB) postparto inmediato bajo anestesia regional (Bloqueo peridural (BPD), Bloqueo Subaracnoideo (BSA), Bloqueo subaracnoideo Combinado (BSA Mixto). Así mismo se incluyeron los procedimientos en los cuales se completó una de las técnicas antes mencionadas pero durante el procedimiento se presentó algún evento que requería se cambiara de técnica anestésica (bloqueo peridural o bloqueo subaracnoideo combinado mas anestesia general, bloqueo peridural o bloqueo subaracnoideo combinado mas anestesia general endovenosa).

Se excluyeron aquellos expedientes que referían como procedimiento anestésico la anestesia regional, pero al momento de revisarlos se encontraba una técnica diferente como Anestesia General Endovenosa (AGEV) o Anestesia General Balanceada (AGB), así como aquellos en los que en la base de datos se referían con el procedimiento de cesárea, analgesia u obliteración tubárica bilateral y sin embargo, el procedimiento realizado fue otro. Y se eliminaron los expedientes que no contaban con los datos necesarios para el estudio, o si el expediente no se encontró en el archivo físico.

Se estudiaron las variables edad, peso, turno en el que se realizó el procedimiento, técnica anestésica, nivel de capacitación del operador, punción accidental de duramadre, cefalea, náusea, vómito, tinnitus, vértigo, diplopía, tratamiento y resolución.

Los resultados de variables numéricas se expresan en términos de media $\pm$ desviación estándar y los de variables categóricas en conteos y porcentajes. Para analizar la asociación entre variables categóricas se utilizaron pruebas ji-cuadrada. Un nivel de probabilidad menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo. Los datos fueron analizados en el software SPSS v15.

3. Resultados

El servicio de obstetricia atendió a un total de 1761 pacientes a las cuales se les sometió a procedimientos como cesárea, analgesia para trabajo de parto y OTB postparto inmediato, de los cuales fueron eliminados 230; 173 (9.8%) por estar incompletos, 50 (2.8%) por haberse aplicado otra técnica anestésica y 3 (0.2%) por referir otro procedimiento. De los 1535 restantes, se eliminaron 6 (0.39%) por tener registrada una fecha fuera del rango de estudio. La muestra final la constituyeron un total de 1529 expedientes. La edad promedio de las pacientes fue de 24.7 ± 6.4 años (rango 13-44) y un peso promedio de 72.6 ± 12.7 kilos (rango 40-137 kilos). El procedimiento quirúrgico con mayor frecuencia fue cesárea con 1061 (69.39%) de casos, seguido de cesárea y OTB con 256 (16.74%), analgesia 106 (6.93%), analgesia y cesárea 18 (1.18%), analgesia y OTB con 2 (0.13%) y LUI 1 (.07%) caso. No se observaron diferencias en relación al turno, 530 (34.8%) se atendieron en el turno matutino, un 467 (30.6%) en el turno vespertino y 528 (34.6%) en el turno nocturno. Cuatro expedientes no tenían esa información. La mayoría de los procedimientos fueron efectuados por los residentes de primer año con un total de 846 (55.3%) casos, seguidos de los médicos adscritos con 315 (20.7%), luego los médicos residentes de segundo año con 288 (18.9%) y por último los residentes de tercer año con 76 (5%) casos. Un expediente no contenía esa información. La distribución del tipo de técnica anestésica fue de 847 (55.4%) de BPD, 3 (0.2%) de BPD + AGB, 6 (0.4%) de BPD + AGEV, 166 (10.9%) de BSA D, 505 (33%) de BSA Mixto, 1 (0.1%) de BSA Mixto + AGEV. Uno de los expedientes no contenía esa información. De los 1529 expedientes en uno de ellos no se registró si hubo punción, en 26 (1.7%) pacientes la punción fue evidenciada y en un caso (0.1%) fue inadvertida. La prevalencia de punción accidental fue de 1.8% (IC 95% : 1.168%-2.561%). (Cuadro 1).

La prevalencia en el Hospital Civil de Culiacán de punciones accidentales de acuerdo al operador fueron de la siguiente manera: el médico adscrito 5 (1.6%), R1 con 12 (1.4%), R2 con 7 (2.4%) y R3 con 3 (3.9%) punciones. Sin diferencias significativas ($p = .304$). (Cuadro 2).

Cuadro 1. Distribución de expedientes por Punción accidental de duramadre.

Punción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Evidenciada	26	1.7	1.7
Inadvertida	1	.1	.1
No presentó	1501	98.2	98.2
Total	1528	99.9	100.0
No registrada	1	.1	
Total	1529	100.0	

La prevalencia de punciones accidentales de acuerdo a la técnica anestésica es de 1.9% cuando es BPD con 16 casos y del 2.2% (11) en BSA Mixto. No se observaron casos en las otras técnicas. Estas diferencias no son significativas ($p = .318$). Se observó mayor prevalencia de punción en el turno matutino con 2.3% (12), seguido del nocturno 1.7% (9) y vespertino con 1.7% (6). Sin diferencia significativa ($p = .509$). (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de pacientes con Punción accidental de duramadre por Operador y Turno.

		Frecuencias (Porcentajes)	Sig.
Operador	MA	5 (1.6%)	.304
	R1	12 (1.4%)	
	R2	7 (2.4%)	
	R3	3 (3.9%)	
Turno	Matutino	12 (2.3%)	.509
	Vespertino	6 (1.3%)	
	Nocturno	9 (1.7%)	
Total		27 (1.8%)	

De los síntomas presentados en las pacientes con punción, 2 (0.1%) pacientes refirieron cefalea y 1 (0.1%) vértigo. No se observaron casos de vómito, náusea, tinnitus o diplopía. En los 27 casos se optó por un tratamiento conservador.

4. Conclusiones

Los resultados de este trabajo indican que los porcentajes de punción accidental de duramadre que ocurren en el Hospital Civil de Culiacán, están dentro

del reportado en otros centros de enseñanza. Sin embargo en nuestro estudio no se reporta una diferencia entre los turnos en los que se presenta la punción accidental de duramadre así como tampoco interviene la experiencia del operador de manera significativa.

Así también cabe mencionar que la cefalea se presentó en un porcentaje mucho menor que el de los estudios realizados anteriormente, así como no se reportan en nuestro hospital casos de sintomatología acompañante como diplopía, tinnitus, náusea o vómito.

Referencias

1. Wagih M. Obstetric Regional Anesthesia, ASJOG 2005 Feb; 3: 8-13.
2. Gogarten W, Van Aken H. A Century of Regional Analgesia in Obstetrics. Anesth Analg 2000 Jun 13; 91: 773-5.
3. Wlody D. Complications of regional Anesthesia in Obstetrics. Clinic Obstet and Gynecol 2003 Sep; 46 (3): 667-678.
4. Miro M, Guasch, Gilsanz F. Comparison of epidural analgesia with combined spinal-epidural analgesia for labor. Int Journ Obst Anest 2008; 17: 15-19.
5. Collins V. Anestesia general y regional. 3era ed. México. McGraw-Hill Interamericana; 1996.
6. Reyes J. Complicaciones más frecuentes en 300 bloqueos peridurales lumbares. Rev Mex Anest 2005 Sep;28(3):127-129.
7. Auroy Y, Benhamou D, Bargues L, Ecoffey C, Falissard B, Mercier F, et al. Major Complications of Regional Anesthesia in France. Anesthesiology 2002 Nov; 97 (5): 1274-1280.
8. Aya A, Mangin R, Robert C, Ferrer J, Eledjam J. Increased risk of unintentional dural puncture in night-time obstetric epidural anesthesia. Can J Anesth 1999; 46 (7): 665-669.
9. Van de Velde M, Schepers R, Berends N, Vandermeersch E, De Buck F. Ten Years of experience with accidental dural puncture and postdural puncture headache in a tertiary obstetric anesthesia department. Int J Obst Anest 2008; 17: 329-335.
10. Thew M, Paech J. Management of postdural puncture headache in the obstetric patient. Cur Op Anest 2008; 21: 288-292.
11. Scavone B, Wong C, Sullivan J, Yaghmour E, Sherwani S, McCarthy R. Efficacy of a Prophylactic Epidural Blood Patch in Preventing Post Dural Puncture Headache in Parturients after Inadvertent Dural Puncture. Anesthesiology 2004 Dec; 101 (6): 1422-1427.
12. Cánovas L, Morillas P, Castro M, García B, Souto A, Calvo T. Tratamiento de la punción dural accidental en la analgesia epidural del trabajo de parto. Rev Esp Anest Reanim 2005 Feb; 52 (5): 263-266.
13. Moral M, Rodríguez M, Sahagún J, Yuste J. Tratamiento de la cefalea postpunción dural con hidrocortisona intravenosa. Rev Esp Anest Reanim 2002 Ene; 49: 101-104.
14. Halper S, Preston R. Postdural Puncture Headache and Spinal Needle Design. Anesthesiology 1994 Dec; 81 (6): 1376-1383.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (ATM) en pacientes de nuevo ingreso a la clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad Autónoma de Sinaloa

Lourdes Verdugo-Barraza,^{a*} Rosario Adriana García-Zamora,^a Alma Lucía Castro-Lara^a

^aFacultad de Odontología, Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sin., México.

Objetivo: Identificar la prevalencia de Disfunción de la Articulación Temporomandibular, en individuos de nuevo ingreso a la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad Autónoma de Sinaloa, de enero a diciembre de 2009. **Material y Métodos:** Para el diagnóstico se utilizó el test de Krogh Paulsen, el cual diagnostica Disfunción, Riesgo y Perturbación.

Resultados: La prevalencia de Disfunción fue del 72.34% mientras que el 13.48% presentó Riesgo y el 11.35% Perturbación, solo el 2.84% fueron sanos. No existieron diferencias significativas ($p = 0.12$) entre el diagnóstico y la edad, aunque hay que destacar que los mayores porcentajes de Disfunción correspondieron a los menores de 29 años, además se observaron mas casos de Disfunción en las mujeres (77.32%) que en los hombres (61.36%), mostrando diferencia significativas ($p = .030$); sin embargo, para el Riesgo y la Perturbación se encontraron mas casos en el sexo masculino que en el femenino.

Conclusiones: La frecuencia de disfunción, riesgo y perturbación en los pacientes estudiados fue del 97.16%, siendo los síntomas mas frecuentes las alteraciones del movimiento, seguidos por el chasquido y dolor en el músculo digástrico.

Palabras Clave: Articulación Temporomandibular, Disfunción, Perturbación, Riesgo.

Objective: To identify the prevalence of Temporomandibular Joint Dysfunction in individuals who were attending for the first time at the Clinic of Orthodontics and Orthopedics of the Universidad Autónoma de Sinaloa. **Material and methods:** The sample was integrated for 141 patients, from January to December 2009. For diagnosis Krogh Paulsen's test was utilized, which diagnoses Dysfunction, Risk and Disturbance. **Results:** Findings showed the existence of high Dysfunction prevalence with a 72.34% while the 13.48% presented Risk and the 11.35% Disturbance, only 2.84% were healthy. Significant differences ($p = .12$) among the diagnosis, the age was insignificant, although is necessary to stand out that Dysfunction bigger percentages corresponded to minors of 29 years, besides they observed more Dysfunction cases in the women (77.32%) than men (61.36%), showing difference significant ($p = .030$); However, the Risk and the Disturbance yielded more cases in males than in females. **Conclusion:** Dysfunction, disturbance and risk were found in 97.16%, alterations of movements were the more frequent followed by crack and pain in the digastric muscle.

Key words: Temporomandibular Joint Dysfunction, Disturbance, Risk.

1. Introducción

La disfunción de la ATM constituye uno de los temas más controvertidos en cuanto a su etiología, pudiendo asegurarse que la misma tiene carácter multifactorial.^{1,2}

Entre el 40 y 50 % de la población general presenta algún tipo de trastorno témporomandibular, lo cual indica una elevada prevalencia.³

Los investigadores han mostrado que cuando la desarmonía ocurre entre las posiciones cóndilo-disco-

fosa, los índices oclusales, la hiperactividad muscular, los trastornos internos, y el dolor pueden ser el resultado.²⁻⁴

Algunos autores^{1,2,4} aseguran que los trastornos de la ATM afectan con mayor frecuencia al sexo femenino, en una relación de 4:1. Este dato es muy interesante, porque los estudios precisan que las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 35 años presentan disfunción cráneo mandibular con más asiduidad. Al parecer, la condición estrogénica de las mujeres hace que este grupo de población sea uno de los más afectados, aunque pueden darse otros factores de oclusión y parafunción mandibular.⁵

Egermark y cols. (2000) demostraron que el tratamiento ortodóntico/quirúrgico de maloclusiones no sólo tiene un efecto beneficioso en el aspecto estético y la capacidad de la masticación; sino también, proporciona una mejora en los síntomas de disfun-

*Dra. Lourdes Verdugo-Barraza. Cirujano Dentista. Maestría en Ortopedia Maxilar y Ortodoncia Fija. Maestría en Salud Pública. Doctorado en Ciencias Médicas. Coordinadora de la Maestría en Ortodoncia y Ortopedia FOUAS. Correspondencia: Blvd. Universitarios y Josefa Ortíz de Domínguez, Ciudad Universitaria, Culiacán, Sinaloa, CP. 80000. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7123819. Correo-e: lourdesverdugo@yahoo.com.mx.

ción de la ATM, incluyendo dolores de cabeza.⁶ Por su parte Okeson (2003) anotó que hay una alta prevalencia de signos y síntomas (20%-60%) reportados en la literatura. Este porcentaje parece aumentar con la edad; además, afirma que estudios longitudinales bien controlados son necesarios en esta área.¹

Osman y cols.(2005) mencionan que la relación entre la maloclusión y el tratamiento ortodóntico como etiología de la disfunción de la ATM sigue siendo oscura.⁷

Otros estudios han mostrado que el tratar adecuadamente con ortodoncia los problemas de maloclusiones, no garantiza la ausencia de disturbios funcionales en edades adultas. Sin embargo, deben ser tratados para lograr crecimiento normal e impedir desordenes de la ATM.⁸

La literatura menciona que los tratamientos de ortodoncia son en muchos casos causa de estos trastornos, tema por cierto muy controversial, de ahí que el objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de afectación de la ATM en pacientes que recibieron tratamiento de ortodoncia en la clínica de la Universidad Autónoma de Sinaloa, utilizando para ello el test de Krogh-Paulsen.

2. Material y métodos

Este estudio se clasificó como encuesta descriptiva y de corte transversal en 114 pacientes que asistieron a recibir tratamiento en la clínica de ortodoncia y ortopedia de la Universidad Autónoma de Sinaloa, durante el período enero-diciembre de 2009, se excluyeron los pacientes con labio y paladar hendido. Se aplicó el test de Krogh Paulsen (Anexo) para determinar la existencia de alteración de la ATM categorizada como Disfunción, Riesgo o Perturbación de la articulación temporomandibular.⁹

El examen físico fue realizado palpando los músculos de la masticación (temporales, maseteros, pterigoideos y vientre posterior del digástrico) con los dedos mayores, índices y meñiques, para establecer la presencia del dolor a la compresión. Los ruidos articulares no audibles en condiciones ordinarias, se auscultaron con el estetoscopio en la zona preauricular.

Se observaron las arcadas en oclusión y en apertura para determinar la presencia de limitación de movimientos y desviación mandibular, las mediciones se realizaron con un vernier digital. Se clasificaron de

acuerdo a los siguientes criterios:

●**Disfunción:** Sucede cuando hay pérdida de equilibrio entre el componente del sistema estomatognático: diente, músculo y ATM.

●**Riesgo:** cuando al evaluar un paciente se encuentran presentes dos signos o síntomas de los incluidos en el test de Krogh-Paulsen, excluyendo la traba y el deslizamiento lateral entre máxima retrusiva y máxima intercuspidadación.

●**Perturbación:** Es diagnosticada como tal cuando está presente un signo o un síntoma del síndrome de disfunción temporomandibular excluyendo la traba y el deslizamiento entre máxima retrusiva y máxima intercuspidadación.

Los resultados se describen en términos de frecuencias y porcentajes. Para analizar la relación entre las variables se utilizó la prueba ji-cuadrada o la prueba exacta cuando fué necesario. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

3. Resultados

Del total de pacientes que participaron en este trabajo, el 68.8% fueron mujeres; el promedio de edad de los pacientes fue de 15.97 años. Se observó una prevalencia de Disfunción del 72.34%, mientras que el 13.48% fueron diagnosticados con Riesgo y el 11.35% con Perturbación, solamente el 2.84% se observaron Sanos. No existieron diferencias significativas entre el diagnóstico y el rango de edad ($p = 0.12$), sin embargo hay que destacar que la mayor frecuencia de Disfunción se observó en menores de 29 años (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Distribución del diagnóstico de disfunción de la ATM.

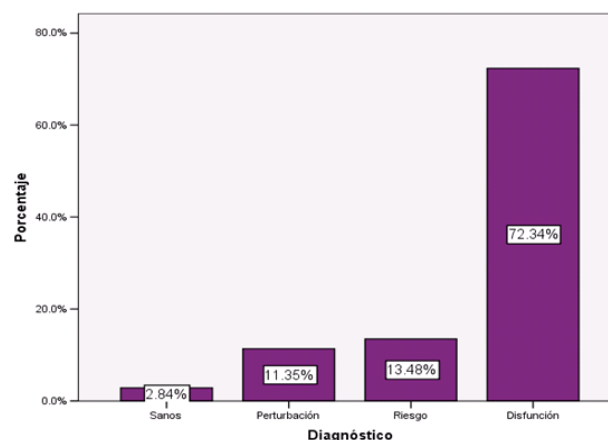
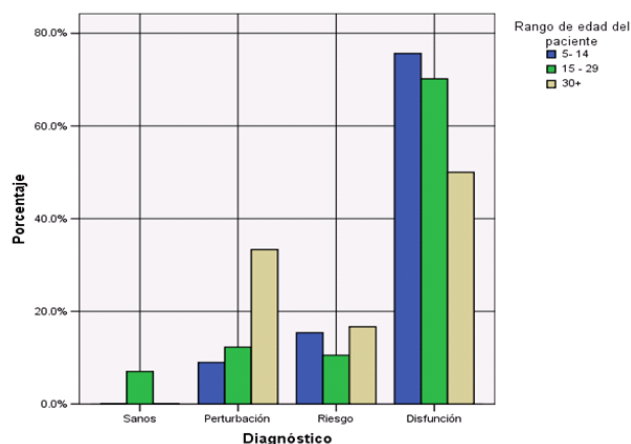
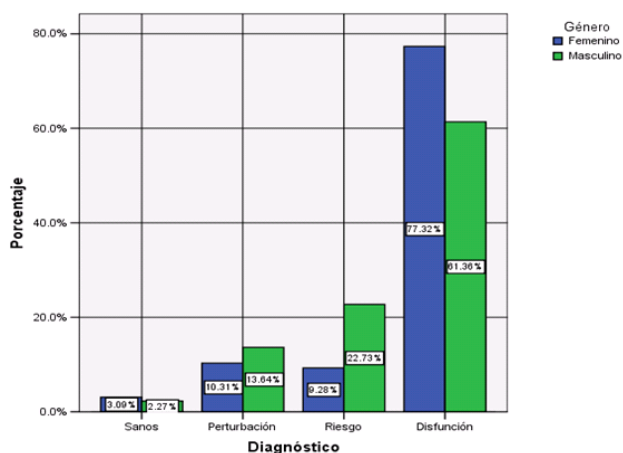


Figura 2. Diagnóstico de Disfunción por rango de edad.



Se observó una frecuencia significativamente ($p = .030$) mayor en mujeres (77.32%) que en hombres (61.36%) con disfunción. Sin embargo, no se presentó de la misma forma el Riesgo y la Perturbación donde se expresaron mayores porcentajes en el sexo Masculino con un 22.73% y 13.64% respectivamente, sin que esto mostrara diferencias estadísticas significativas (Figura 3).

Figura 3. Diagnóstico de Disfunción por Género.



En general, los menores de 14 años presentaron los porcentajes más altos de prevalencia en la mayoría de los trastornos que diagnosticaron Disfunción, Riesgo y Perturbación, excepto en Trastornos del movimiento, Chasquido y Traba, donde los mayores porcentajes correspondieron al grupo 15-29 años. Sin embargo, las únicas diferencias significativas de prevalencias entre los grupos fueron el Dolor del músculo digástrico con mayor frecuencia en menores de 14 años y la Traba que solo se presentó en los pacientes de 15-29 años. (Cuadro 1).

Cuadro 1. Prevalencia de trastornos por rango de edad

	Rango de edad			Sig.
	5-14	15-29	+30	
Trastornos del movimiento	57.7	63.2	33.3	.351
Temporal	2.6	1.8	.0	.887
Pterigoideo externo	19.2	14.0	16.7	.730
Pterigoideo interno	20.5	12.3	16.7	.454
Digástrico	43.6	21.1	.0	.005
Masetero	16.7	8.8	16.7	.403
Dolor ATM	24.4	17.5	16.7	.609
Chasquido	30.8	40.4	33.3	.512
Crujido	26.9	14.0	16.7	.188
Traba	.0	7.0	.0	.048

Con respecto a cada una de las alteraciones, la prevalencia fue mayor en mujeres para casi todas las variables. Pero solo se encontró diferencia estadísticamente significativa en el dolor del músculo Pterigoideo externo ($p = .031$) y en crujido ($p = .039$), (Cuadro 2).

Cuadro 2. Prevalencia de trastornos por género.

	Género		Sig.
	Femenino	Masculino	
Trastornos del movimiento	61.9	52.3	.356
Temporal	3.1	.0	.552
Pterigoideo externo	21.6	6.8	.031
Pterigoideo interno	16.5	18.2	.805
Digástrico	36.1	25.0	.193
Masetero	12.4	15.9	.600
Dolor ATM	24.7	13.6	.183
Chasquido	38.1	27.3	.254
Crujido	25.8	11.4	.039
Traba	4.1	.0	.310

4. Discusión

En este trabajo se observó una alta prevalencia de Disfunción (72.34%); pero no mayor a la de 85% encontrada en una población peruana de 17 a 65 años

de edad.¹⁰ Otros autores ^{1,3,11-13} sugieren que entre el 40% al 60% de población presenta alguna alteración de la Articulación Temporomandibular. Las cifras de Grau¹⁴ resultan cercanas a los resultados del presente estudio. Angulo¹⁵, en una población con edades de 20 a 40 años residentes de Culiacán Sinaloa, determinó que la disfunción prevaleció en el 49.25%, sin embargo Ceballos¹⁶, reportó un 64.18%, solo que en población de 17 a 24 años de la misma entidad.

La Disfunción de la ATM observada en esta investigación fue mas prevalente en el sexo femenino, al igual que las cifras reportadas por otros autores. ^{1,6,12-20} En otros estudios no se encontraron diferencias significativas entre géneros.^{10,21}

El comportamiento de éste padecimiento con respecto a la edad, se reportó mayor afectación de la ATM en el grupo de 15 a 29 años, siendo similar a las publicaciones de Wurgalt²², Ceballos¹⁶ y Deng²¹; no así, los resultados de Angulo¹⁵ quien la detectó en el grupo de 30 a 34 años.

Los resultados de este estudio mostraron que un alto porcentaje de los pacientes que solicitaron atención en la clínica de ortodoncia y ortopedia padecen de trastornos de la ATM, y las causas de ello pueden atribuirse a problemas de maloclusiones dentarias, hábitos orales deformantes, y no ligados directamente a problemas que ocasionan los tratamientos de ortodoncia.

5. Anexo

Batería de nueve ítems del Test de Krogh Paulsen para determinar la existencia de disfunción del sistema estomatognático.

Nombre:		
Sexo:	Edad:	Fecha
1. Apertura mayor de 40 mm 2. Irregularidades en el movimiento de Apertura y cierre 3. Dolor muscular por palpación 4. Dolor en la ATM 5. Chasquido o Crujido 6. Traba en apertura o cierre 7. Posición de primer contacto distinta de posición de máxima intercuspación 8. Posición contactante máxima retrusiva a mas de 1mm (sagitalmente) de la máxima intercuspación 9. Deslizamiento lateral entre máxima retrusiva y máxima intercuspación		

Referencias

- Okeson JP. Tratamiento de Oclusión y Afecciones temporomandibulares. 5ta ed. Madrid España; 2003. p 191-205.
- Morrow DN, Altuna G, Woodside DG, Yamin-Lacouture C, Dao T, Tallents RH. Electromyographic activity in jaw closing muscles during jaw function in TMD patients. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999; 115:109.
- Schneider P, Mohamend S, Olinde R. Temporomandibular disorder in a child. Journal of Pediatric Dentistry, 1991. 16: p 108-12
- Braun S. Achieving Improved visualization of the temporomandibular joint condyle and fossa in the sagittal cephalogram and a pilot study of their relationships in habitual occlusion. Am J Orthod Dentofac Orthop, 1996. 109: 635-8.
- Mayoral J, Mayoral G, Graber T. Ortodoncia Principios Fundamentales Práctica. 3a ed. México, 1971.p 83-89.
- Gay E, Vázquez R. Unidad de ATM y Dolor Bucofacial. Publicación Electrónica <http://www.Gayescoda.Com/Telenon/Un-Atm.Htm>.
- Osman Y, Shaikh A. Prevalence of signs and symptoms of temporomandibular joint dysfunction in subjects with different occlusions using The Helkimo Index. 2005.
- De Boer M., Steenks M. Functional Unilateral Posterior Crossbite. Orthodontic and Functional Aspects. Journal of Oral Rehabilitation, 1997. 24(8): 614-623.
- Krogh Paulsen Wg, Olbson A. Management of the Occlusion of the Teeth. En Schwarz L, Cheyes Ch.Eds. Facial Pain And Mandibular Dysfunction.Philapelpia:Wb Saunders C. 1969: 202-12.
- Paredes R. Epidemiología de disfunción cráneo-mandibular En Las Áreas de Influencia de La Facultad de Odontología de La Unmsm. Odontol San Marquina 1998; 1(1): 12-20.

11. Gazit E, Lieberman M, Eini R, Hirsch N, Serfaty V, Fuchs C, Lilos P. Prevalence of mandibular dysfunction in 10-18 years old Israeli school-children. *Journal of Oral Rehabilitation*, 1984. 11(4): 307-317.
12. Viazis A. Principios Y Aplicaciones Clínicas, Atlas de Ortodoncia Ed Marcelo T.de Alvear 2145 Buenos Aires. p19-32.
13. Grosfeld O, Jackowska M And Czarnecka B. Results of epidemiological examinations of the temporomandibular joint in adolescents and young adults *Journal of Oral Rehabilitation*, 1985. 12(2): 95-105.
14. Grau I, Fernandez K, Gonzales G, Osorio M. Algunas Consideraciones Sobre Los Trastornos Temporomandibulares. *Rev Cubana Estomatol* 2005:42.
15. Angulo QHO. Prevalencia y Factores de Riesgos de la Disfunción Temporomandibular en población Derechohabiente de 20 a 40 años de edad en la Unidad de medicina familiar #36 del I.M.S.S Tesis de Maestría Facultad de Odontología Universidad Autónoma de Sinaloa. 2005.
16. Ceballos ORM. Factores de Riesgo de la Disfunción Temporomandibular en Estudiantes de 17 A 24 años de Edad de Culiacán, Sinaloa, México. Tesis de Maestría Facultad de Odontología Universidad Autónoma de Sinaloa. 2005.
17. Bonjardim L, Gaviao M, Pereira I, Castelo P. Determination in Adolescents with and Without Temporomandibular Dysfunction. *Journal of Oral Rehabilitation*, 2005. 32(8): 577-583.
18. Chuang S. Incidence of Temporomandibular Disorders (Tmds) In Senior Dental Students in Taiwan. *Journal of Oral Rehabilitation* 2002; 29(12):P.1206-1211.
19. Pahkala R, Qvarnstrom M. Can Temporomandibular Dysfunction Signs Be Predicted By Early Morphological Or Functional Variables?. *Eur J Orthod*, 2004. 26(4): 367-373.
20. Nekora-Azak A, Evlioglu G, Ordulu M, Issever H. Prevalence of Symptoms Associated With Temporomandibular Disorders In A Turkish Population. *Journal of Oral Rehabilitation* 2006; 33(2): 81-84.
21. Deng Y-M, Fu M-K, Hagg U. Prevalence of Temporomandibular Joint Dysfunction (Tmj) In Chinese Children and Adolescents. Across-Sectional Epidemiological Study. *Eur J Orthod* 1995; 17(4): 305-309.
22. Wurgaft D, Montenegro R. Desarrollo y Estructura de la Articulación Temporomandibular. 2003: 1-7, 75-79, 97-140.

Implementación del proyecto: Atención integral de calidad en el embarazo en un Hospital Básico Comunitario Culturalmente Competente

Agustín Díaz-Gois,^a * Francelia Puente-Solís,^a Francisco J. Posadas-Robledo,^a Silvia M. Sanjuanero-Ruiz,^a Sergio Galán-Cuevas^b

^aServicios de Salud de San Luis Potosí. San Luis Potosí, SLP, México.

^bUniversidad Autónoma de San Luis Potosí, San Luis Potosí, SLP, México.

Introducción: La mortalidad materna en zonas indígenas en San Luis Potosí es una problemática grave que preocupa a diferentes sectores de la sociedad. Su problemática es multicausal y está relacionada con las condiciones de vida y pobreza que la mujer indígena sufre, la opresión cultural hacia la mujer propia del modelo patriarcal que en el campo llega a situaciones extremas y las condiciones de acceso a los servicios médicos. **Objetivos:** Capacitar en el enfoque intercultural al personal del Hospital Básico Comunitario, para contribuir a disminuir la mortalidad materna en zonas indígenas en San Luis Potosí. **Material y métodos:** Se implementaron cursos y talleres de capacitación para desarrollar en el personal habilidades de competencia cultural, así como encuentros de enriquecimiento mutuo entre médicos, personal de salud institucional y el personal comunitario. **Resultados:** El resultado más relevante de este proyecto fue desarrollar habilidades de competencia cultural en el personal de salud del Hospital Básico Comunitario de Aquismón, que permitan el acceso efectivo a los servicios de salud a la población indígena, modificando procedimientos, comportamientos, actitudes y espacios físicos, propiciando el respeto y la referencia oportuna de las parteras tradicionales y parteras profesionales. Esto avalado y verificado por el Aval Ciudadano Indígena que de acuerdo a sus hábitos y costumbres verifica que la población de esta área es atendida con calidad. **Conclusión:** Durante el año 2002, el municipio fue repetidor de muerte materna, la cual se relaciona con la pobreza y con la mala calidad de la atención médica y es el indicador más sensible de justicia social. Y este ha disminuido en los últimos años.

Palabras clave: Interculturalidad, culturalmente competente, parto humanizado y sensibilización.

Introduction: Maternal mortality in indigenous areas in San Luis Potosi, is a serious problem that concern several sectors of society. Their problem is multi-causal and is related to living conditions and poverty that indigenous women suffer, cultural oppression against women of patriarchal model itself, in the countryside comes to extreme situations and conditions of access to medical services. **Objective:** Training intercultural approach in Basic Community Hospital staff, to help reduction of maternal mortality in indigenous areas in San Luis Potosi. **Material and methods:** As a strategy to achieve cultural acceptance of the people of this region, we implemented training courses and workshops to develop staff skills in cultural competence, and meetings of mutual enrichment between staff physicians and institutional health community staff such as community leaders, doctors and midwives to address the complex problem of maternal mortality in indigenous areas and the importance of distinguishing the determinants produced by the shocks and cultural barriers between health services and population. **Results:** The most important results of this project was to develop cultural competency skills in health personnel Basic Community Hospital Aquismón, enabling effective access to health services to indigenous people, modifying procedures, behaviors, attitudes and physical spaces by promoting respect and prompt referral of traditional birth attendants and midwives, that supported and verified by the Indian Citizen Endorsement that according to their habits and customs checks that the population of this area is staffed with quality. **Conclusion:** During 2002, the municipality was repetitive of maternal death, wich is related to poverty and the poor quality of care it is the most sensitive indicator of social justice, and this has declined in recent years.

Keywords: Intercultural, culturally competent, humanized childbirth and awareness.

1. Introducción

El estado de San Luis Potosí está dividido en cuatro regiones, cada una con particularidades y complejidad peculiares, tiene una población de acuerdo al Censo de Población y Vivienda del 2005 de mas de 2 millones

*MC Agustín Díaz-Gois. Maestría en Salud Pública. Subdirector de Prevención y promoción, Servicios de Salud de San Luis Potosí (SSSLP). Correo-e: diazgois@yahoo.com.mx.

de habitantes para una densidad de población de 38.5 habitantes por Km², el 10 % de la población es indígena, principalmente conformada por tres etnias con predominio de la Náhuatl.

Entre las primeras causas de mortalidad general en el estado se encuentran la diabetes mellitus, las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes, los problemas perinatales y la mortalidad materna por la trascendencia social que representa.

Los municipios con mayor marginación de acuerdo a los indicadores de desarrollo son 10 y en todos ellos existe población indígena. Una de las regiones es La Huasteca, y aquí se encuentran ubicados siete de los municipios de mayor marginación estatal, con atrasos importantes en los rubros de educación, salud y desarrollo en general, en este lugar aún persisten las enfermedades de rezago como son tuberculosis, desnutrición, las gastrointestinales y las respiratorias.

El proyecto se desarrolla en un Hospital Básico Comunitario ubicado en el municipio de Aquismón, que es uno de los de mayor marginación con un alto porcentaje de población indígena.

Este municipio se encuentra localizado en la parte este de la capital del estado, Su centro de referencia más cercano es el Hospital General Regional de Ciudad Valles, ubicado a 55 Km.; la distancia aproximada a la capital del estado es de 318 Km. De acuerdo al XII Censo General de Población y Vivienda 2000) la población total de indígenas en el municipio asciende a 25,617 personas. Su lengua indígena es el huasteco y el náhuatl. La principal etnia es la Téneek o Huasteco, organizados en un sistema de gobierno paralelo; las autoridades municipales, así como una asamblea general indígena cuyo órgano máximo de decisión comunitario es el Consejo de Ancianos.

Durante el año 2002 Aquismón fue un municipio repetidor de muerte materna, la cual se relaciona con la pobreza y con la mala calidad de la atención médica, es el indicador más sensible de justicia social. El indicador "Muerte Materna" (MM) incluye a las fallecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio; defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto (Soto, 2000).¹

¹Las muertes maternas se asocian a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, no cuentan aquí aquellas causadas por accidentes o incidentes. Las muertes maternas se dividen en dos grupos: obstétricas directas, que resultan de complicaciones del embarazo, parto o puerperio; y obstétricas indirectas,

La mayoría de las indígenas cubre prácticamente todas las características desventajosas que elevan el riesgo de morir durante el proceso reproductivo.²

La mortalidad materna en zonas indígenas en México es una problemática grave que preocupa a diferentes sectores de la sociedad. Su problemática es multicausal y está relacionada con las condiciones de vida y pobreza que la mujer indígena sufre, en parte por la situación agrícola en el campo, la opresión cultural hacia la mujer propia del modelo patriarcal que en el campo llega a situaciones extremas y las condiciones de acceso a los servicios médicos.

A las desventajas enunciadas se suman las dificultades logísticas, pues en muchas ocasiones las comunidades indígenas tienen una deficiente infraestructura de servicios públicos y de comunicaciones; de modo que no es fácil, rápido ni barato acudir a localidades o ciudades cercanas para recibir atención médica con oportunidad aunque se ha insistido que los servicios de salud son gratuitos, los gastos indirectos como son pasajes y comidas les dificultan el acudir.

El acceso real a los servicios de salud depende también de factores funcionales, (horarios, dotación de insumos y medicamentos) económicos (medios de transporte y comidas), logísticos (transporte, medios de comunicación, carreteras, accesibilidad, etc.) y culturales (lengua, vestimenta, usos, costumbres y cultura, pertenencia étnica, discriminación de género, posición cultural de la mujer ante la comunidad, etc.).

Dentro de la problemática compleja de la mortalidad materna en zonas indígenas, es importante distinguir los factores determinantes producidos para los choques y barreras culturales existentes entre los Servicios de Salud y la población.

Una de las principales barreras y choques culturales en el proceso de la calidad de la atención en zonas indígenas, es la percepción de la salud y enfermedad de las mujeres indígenas (embarazo, parto y puerperio). La importancia de la partera tradicional en el proceso de la atención del embarazo y parto, la discriminación

que resultan de patologías existentes antes del embarazo y que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Soto, 2000).

²Gisela Espinosa Damián, investigadora de la UAM-Xochimilco en: 213 Voces Contra la Muerte. Mortalidad Materna en Zonas Indígenas, refiere que el riesgo de morir por ser madre en zonas indígenas es 2.96 veces mayor que en el resto del país.

por parte de los Servicios de Salud. La percepción del fenómeno salud-enfermedad del personal de los Servicios de Salud y la interpretación de la cultura indígena a la que brindan servicio.

Metas del Proyecto

- Capacitar al 100 % del personal médico tanto de unidades médicas fijas y móviles en la atención a los usuarios con enfoque intercultural.
- Capacitar al 100 % del personal de enfermería de unidades médicas fijas y móviles en la atención a los usuarios con enfoque intercultural.
- Abasto de medicamentos en 90 % en todas las claves y el 100 % de las de mayor consumo.
- Incrementar la productividad de los médicos a un mínimo de 20 consultas diarias.
- Cero rechazo en la atención.
- Elaborar censo nominal de las mujeres embarazadas, que incluya nombre, edad, domicilio.
- Cuantificación del riesgo e identificación de signos de alarma en el 100 % de las embarazadas.
- Ofertar consejería en planificación familiar en el 100 % de las mujeres en edad fértil diabéticas, hipertensas y con problemas psiquiátricos.
- Referir al 100 % de las diabéticas e hipertensas embarazadas.
- Gestionar la construcción de una Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada (AME).

2. Material y métodos

La estrategia implementada para eliminar las barreras culturales alrededor del embarazo, parto y puerperio, fue establecer acercamiento con las parteras y médicos tradicionales del municipio, también se realizaron encuentros de enriquecimiento mutuo para conocer la cosmovisión de los sistemas de salud alópata y tradicional, para crear un modelo de atención que involucre la calidad y satisfacción de las usuarias de la etnia Téneek.

Los Servicios de Salud del Estado implementaron el Modelo de Partería en el Hospital Básico Comunitario

con la apertura de contratos para Parteras Profesionales.

El objetivo del Modelo de Partería en el Hospital Básico Comunitario es atender a la mujer embarazadas con calidad y respeto, las 24 horas al día, con control prenatal, atención del parto respetando la cosmovisión del evento del parto y puerperio, detección y control del riesgo y orientación, eliminación de barreras culturales, proporcionar seguridad y libertad a la paciente con apoyo familiar, promoción de la lactancia materna y apoyo de otros programas como Planificación Familiar, Cáncer Cervico-uterino, Cáncer de mama, Ácido Fólico, Hierro, Vacunación y Nutrición.

Se utilizó como base para el proyecto las fortalezas que existen en los Servicios de Salud como es la Red funcional de radiocomunicación para solucionar los traslados o contingencias que se presenten.

El personal de salud del Hospital Básico Comunitario se encuentra sensibilizado con perspectiva intercultural, a través de cursos y encuentros de enriquecimiento mutuo y asesoría permanente en servicio.



La relación del personal de salud y parteras tradicionales es respetuosa y sinérgica, se refieren a las mujeres embarazadas con riesgo y complicaciones.

Se cuenta con la Posada AME en el Hospital General Regional en el municipio de Valles que recibe a las mujeres del área de referencia de las Jurisdicciones V y VI incluido el municipio de Aquismón.



La dinámica se realizó convocando a las parteras y médicos tradicionales del municipio y al personal de los equipos de salud itinerantes, centros de salud y del hospital básico comunitario, se definieron los conceptos del embarazo, parto y puerperio, se discutieron estos conceptos en plenaria, y se realizó una demostración de la atención del parto en la etnia Tének y la atención del parto de la medicina alópata.

Los datos cuantitativos se obtuvieron del Sistema de Información en Salud, en el Hospital Básico Comunitario, basado en el número de consultas de mujeres embarazadas, número de partos atendidos, número de consultas para la detección de cáncer cervicouterino y de mama, métodos de planificación familiar, referencias y contrarreferencias de parteras y médicos, administración de ácido fólico, hierro, micro nutrimento, vacunación, nutrición, etc. Los partos atendidos por parteras y médicos tradicionales, se obtienen de las hojas de referencia, se obtiene el número de mujeres embarazadas que acudieron a la Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada. Se obtienen los datos antes y después de la implementación del Modelo de Partería, para obtener datos transversales y evaluar la situación anterior a la implantación del modelo y evaluar la eficacia del modelo.

Se comparó la tasa de mortalidad materna antes y después de la implementación del modelo de partería en el municipio. Se obtuvo el impacto social, al prevenir muertes maternas y dejar hijos huérfanos.

3. Resultados

En los últimos dos años no se han registrado muertes maternas en el municipio, lo que alienta a seguir aplicando el modelo intercultural y reforzar acciones para tener embarazos saludables y verificar la calidad de la atención a través del Aval Ciudadano Indígena.

Como una de las estrategias implementadas para disminuir la mortalidad materna con el enfoque intercultural son la participación del aval ciudadano indígena, el cual está conformado por médicos tradicionales de la región, ellos cuentan con la calidad moral para evaluar la oferta de los servicios desde la cosmovisión indígena a través de la aplicación de las encuestas de calidad en la atención y satisfacción del usuario, en su misma lengua lo que hace que tengan más confianza y puedan decir abiertamente como fueron atendidos.

Se incrementaron las referencias de pacientes embarazadas con riesgo por parteras tradicionales y Unidades Médicas Móviles hacia el Hospital Básico Comunitario y de este al Hospital General como resultado de la sensibilización para el traslado oportuno y atención efectiva con la identificación con calcomanía a vehículos de la misma localidad que trasladen a las embarazadas hasta la cabecera municipal en donde existe una unidad de salud con ambulancia y a través del convenio con el H. Ayuntamiento para proporcionar gasolina a los dueños de vehículos identificados como Transportes A.M.E.



Se capacitó al personal de salud, (Médicos y enfermeras) en el parto humanizado y pueden atender partos en posición vertical, a petición de la parturienta apoyado del “banquito maya”.



Para eliminar los problemas y barreras culturales entre el personal de salud y las parteras tradicionales se realizaron tres encuentros de enriquecimiento mu-

tuo cuyo lema era: “Aprendiendo juntos en la atención del embarazo”, que permitiera conocer, escuchar y aprender de los modelos de atención del parto, puerperio y recién nacido estableciendo estrategias con los diferentes actores sociales, para encontrar un modelo complementario que incrementara la demanda en salud, la calidad y la satisfacción de las usuarias indígenas Tének.

Encuentros de enriquecimiento mutuo; personal de salud, parteras y médicos tradicionales.



En la atención del parto de la medicina alópata se evidenciaron ventajas tales como el parto limpio, la detección temprana de riesgos y signos de alarma durante el embarazo y la prevención de los defectos al nacimiento (administración de ácido fólico), el manejo de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, exámenes de laboratorio y ultrasonido, la realización de actividades preventivas y consejería en planificación familiar, y se reconocieron como desventajas en el modelo institucional el difícil acceso, la distancia que se tiene que recorrer para llegar a los centros de salud o al hospital básico comunitario, la infraestructura y que cuenta con un personal de salud sujeto a un horario y a un salario, la mala actitud del personal sin sensibilización cultural ni de equidad de género, la barrera cultural del lenguaje que el personal de salud no maneja, la carencia de insumos.

En la atención del parto de la medicina tradicional se evidenciaron las ventajas y desventajas identificadas por el personal institucional. Ventajas: la atención del parto de acuerdo a su cultura, (reconocido como un evento familiar) la calidez y respeto que brinda en la atención del embarazo, parto y puerperio, y la vinculación que existe entre la partera y la mujer embarazada. Las parteras y los médicos tradicionales se encuentran disponibles en los horarios que las mujeres embarazadas los soliciten, el salario que perciben es económico para la mujer embarazada, realizan el seguimiento del puerperio y del recién nacido, utilizan

recursos naturales, promueven la lactancia materna, realizan la detección del embarazo. Se reconocieron como desventajas del modelo de la medicina tradicional: las complicaciones no detectadas tempranamente en el embarazo, parto y puerperio y la dificultad en recursos e insumos y la referencia al hospital básico comunitario, el desconocimiento de los riesgos durante el embarazo, la falta de vacunas, vitamina K, ácido fólico, hierro y material de curación.

Un aspecto importante a resaltar en la medicina tradicional es que tiene un alto porcentaje de revisión en el puerperio, situación que se ha buscado compartir a nivel institucional, así como los cuidados inmediatos del recién nacido, con administración de vitamina K, cloranfenicol oftálmico y toma del tamiz neonatal, tanto con médicos tradicionales como institucionales.

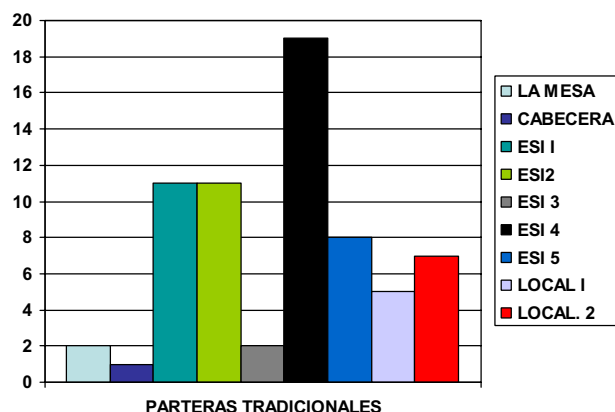
En la atención del parto de la medicina institucional las parteras y médicos tradicionales identificaron las ventajas y desventajas. Las ventajas identificadas fueron: que algunos médicos alópatas y enfermeras respetan las decisiones de las mujeres Tének. Las desventajas identificadas: se refieren a la vergüenza de las mujeres Tének al descubrirse o desnudarse, al tomar la posición del parto horizontal, refieren que es más cansada para la mujeres embarazadas y no se pudo pujar, el trato a las mujeres embarazadas de la etnia Tének y a las parteras y médicos tradicionales es inadecuado, refieren que las mujeres de la etnia Tének no se dejan desnudar por médicos varones, pero sí con médicos mujeres, de acuerdo a su cosmovisión en salud, no están de acuerdo con la salida inmediata del hospital, pues esto puede enfermar a las mujeres de la etnia Tének, refieren que los médicos institucionales no saben apretar la matriz, ni cerrar la cadera y esto provoca que se les “caiga” la vejiga.

En la atención del parto de la medicina tradicional, las parteras y los médicos tradicionales identifican las ventajas y desventajas de su propio sistema.

Identificaron como ventajas: el hacer oración, barrer y limpiar lo malo, utilizan hierbas y baños para mujeres y niños, soban para cerrar la cadera, brindan indicaciones de acuerdo a su cosmovisión en salud como: el evitar salir al camino después de atenderse el parto, porque están calientes o se pueden “hinchar”, refieren atender partos sin necesidad de material, identifican cuando un parto es complicado y lo “canalizan” (refieren), se brinda trato personalizado y

con cariño durante la atención del parto, las posiciones que utilizan para el parto facilitan la salida del bebé, el control de la mujer y se protege el periné, se promueve la participación del esposo para que las ayude y no se sienta sola, tienen un amplio conocimiento que ha pasado de generación en generación, Identificaron como desventajas: el no estar dedicadas (os) completamente en la atención de los partos y manifiestan que les falta preparación, falta de material, algunas posiciones son muy cansadas para la partera durante el parto, manifiestan que algunas mujeres están muy mal alimentadas, manifiestan sus limitantes al tratar embarazos y partos complicados, saben de la necesidad de coordinarse con clínicas y hospitales para enviar pacientes, el sistema de salud institucional les exige una credencial que identifique que son parteras y médicos tradicionales.

Número de parteras tradicionales, localización en el municipio, unidad de salud itinerante y equipo de salud itinerante (ESI) con la que coordinan.



En la negociación para implementar los dos modelos se realizaron las siguientes acciones:

- Las parteras y médicos tradicionales detectan y refieren a las pacientes con riesgo para su valoración.
- La relación partera - médico tradicional - personal de salud se realiza en un marco de respeto y horizontalidad.
- Las parteras tradicionales conservan el material limpio y en buenas condiciones y solicitan material e insumos cuando éstos se terminan.

- El personal de salud respeta la cosmovisión, usos y costumbres que rodean el evento del embarazo, parto y puerperio.
- El personal de salud trata con calidez, humanidad y respeto a las mujeres embarazadas y a las parteras tradicionales.
- El personal de salud respeta la posición que elija la embarazada durante el parto (posición vertical).
- Se permite la entrada durante el parto a la partera tradicional y al marido y que éstos sean facilitadores al untar aceites y ungüentos y preparar a la mujer para el parto.
- Las parteras informan de sus actividades mensualmente.
- Encuentros de enriquecimiento mutuo entre parteras y personal de salud.
- Las parteras tradicionales realizan orientación y consejería en Planificación Familiar.
- La partera tradicional y la mujer embarazada pueden hospedarse en la Posada AME.
- La comunidad y el municipio participa activamente en los traslados de urgencias con los transportes AME.

La mortalidad materna en el municipio, fue asociada a barreras geográficas, la infraestructura de caminos y carreteras es ineficiente para el traslado oportuno, cuando se presentan urgencias; la barreras culturales en el concepto salud y enfermedad, específicamente embarazo, parto y puerperio que tienen las mujeres indígenas, el lenguaje, el liderazgo comunitario ejercido por las parteras tradicionales y sus limitaciones al enfrentarse a las complicaciones, y el choque cultural entre médicos alópatas y parteras y médicos tradicionales.

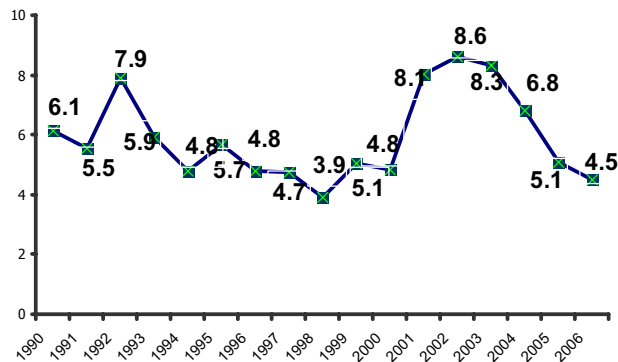
Se compara una razón de Mortalidad Materna Nacional de 65.2 por 100,000 nacidos vivos en el período de 2003 y 2004 con la razón Estatal de 84, la razón jurisdiccional de 66.4 y la razón del municipio de 300.3 que define la frecuencia de mortalidad materna en el municipio, la cual es elevada. El municipio cuenta con una cobertura en salud del 92.8% con una población

de 42,782 habitantes en el municipio y con un 7.2% sin cobertura.³

En la Gráfica 1 se muestra el comportamiento de la mortalidad materna en el estado durante el año 1990 al 2006, en el año del 2002 existe un decremento considerable de muertes maternas.

Durante este período de 17 años la tasa promedio por 100,000 N.V. es de 8.8 muertes maternas en el estado durante este período, y la media en número de muertes maternas es de 34 mujeres embarazadas.

**Gráfica 1. Mortalidad materna en San Luis.
Tasa por 100 NVR.**



Número de defunciones maternas en el estado.

Número de defunciones maternas																		
AÑO	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
DEF.	41	35	56	42	34	39	32	31	26	35	33	40	41	38	30	22	19	27

Fuente: Certificados de defunción/SEED.

La mortalidad materna del municipio se logró disminuir durante el 2000- 2006, permaneciendo dos años consecutivos sin muerte materna.

De los hallazgos de las causas de muerte materna en el municipio fueron que existían problemas interculturales entre el personal de salud del Hospital Básico comunitario, parteras tradicionales y la población indígena del municipio, la cosmovisión diferente de los factores de riesgos y signos de alarma durante el embarazo y la atención del parto y el puerperio. Otro de los hallazgos que predisponían la Muerte Materna en el Municipio fue la debilidad en las redes sociales, la pobreza y la marginación extrema.

Las mujeres de la etnia Téneek viven en subordinación por el varón (marido), discriminadas, en silencio, factor determinante que interfiere para la correcta toma de decisiones ante una emergencia durante el embarazo y parto ya que ellas no son las que deciden.

Uno de los factores culturales de las mujeres Téneek que permiten el alejamiento de los servicios de salud es el miedo a morir, a dejar solos a sus hijos, y por miedo que las operen.

Cuando se enfrenta a la muerte, contrario a lo que se pensaría, no tiene miedo, mas bien lo acepta con resignación y además depende totalmente de las decisiones del marido, que en ocasiones decide que mejor muera, y resuelve el problema de la pérdida de la madre con la suplencia de otra esposa o bien la hija mayor ocupa el lugar de la esposa, no solamente en el cuidado de los hermanos y en los quehaceres de la casa, si no que muchas veces se cometen incestos.

Otro de los factores que influyó en la muerte materna en el municipio fue la mala calidad de la atención a las mujeres embarazadas de la etnia Téneek. Existía el racismo institucional, rechazando mujeres embarazadas por la no correspondencia de la regionalización entre las instituciones de salud. Otro resultado de la mala calidad de la atención es la ineficiencia de los prestadores de servicios de salud en el momento crucial del parto, el trato agresivo hacia la mujer y el desinterés de la misma al enfrentarse a la muerte. Esta mala calidad de atención percibida en los usuarios de la etnia téneek provoca la desconfianza y miedo y prefieren enfrentar la muerte en casa que acudir a un hospital.³

El impacto social de la muerte materna se ha cuantificado a través del número de hijos huérfanos que se enfrentan a una falta de compromiso del padre, que trae como resultado un daño afectivo severo en estos niños, escaso interés de la familia por el cuidado de los niños, en ocasiones son cuidados y educados por las abuelas y tías, viven en desintegración familiar, en donde existe la explotación, promiscuidad, deserción escolar, sin cuidados médicos⁴ y con un alto riesgo de que en las mujeres se vuelva a repetirse la historia y convertirse en círculos viciosos.

³Lic. Noé Guarneros . Abril 2006Tesis: Mortalidad Materna en Mujeres Téneek.

⁴Dr. Francisco Javier Posadas Robledo. Ponencia: Voces Silenciosas; Causas y consecuencias emotivas de la Mortalidad Materna. 2007.

Productos del Proyecto

Como productos del proyecto se encuentran:

- Personal de salud capacitado en interculturalidad para que prevalezca el respeto por las costumbres y tradiciones de la población.
- Mejora en la calidad de atención a toda la población con prioridad a las mujeres.
- Ofertar métodos anticonceptivos a todas las mujeres en edad fértil.
- Control prenatal adecuado y respetuoso, con la identificación de los factores de riesgo.
- Mayor uso de los servicios que oferta el centro de salud.
- Mayor número y oportunidad de referencia a un segundo nivel de atención.
- Detección de las mujeres embarazadas durante el primer trimestre.
- Evaluación periódica a través del Aval Ciudadano Indígena.

- Formación de un equipo de salud comprometido con actitud positiva y dispuesto a brindar una atención de calidad y aplicar lo aprendido.
- Atención del parto de acuerdo a las preferencias y costumbres de la población.

4. Conclusiones

En los últimos dos años no se han registrado muertes maternas en el municipio lo que alienta a seguir aplicando el modelo intercultural y reforzar acciones para tener embarazos saludables y verificar la calidad de la atención a través del Aval Ciudadano Indígena.

El Proyecto es fácilmente replicable en municipios donde refieran problemas derivados de choques interculturales y en los que la población ofrece propuestas de solución a su problemática y los servicios de salud tienen apertura a modificar actitudes, conductas e infraestructura, para ofertar un servicio de calidad con perspectiva intercultural.

Se deben incorporar parteras tradicionales o profesionales en los hospitales en donde exista población indígena a fin de eliminar las barreras de lenguaje y se respeten las costumbres, se fortalezca la consejería en planificación familiar a través de la anticoncepción postevento obstétrico.

Síndrome de Horner en un caso de anestesia epidural para cesárea

Ramona Berenice Miranda-Bojórquez^{a*}

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

El síndrome de Horner es una complicación de la anestesia epidural que aparece más frecuentemente en pacientes obstétricas debido a los cambios fisiológicos y anatómicos propios del embarazo; sin embargo, su incidencia es baja.

Presentamos el caso de una gestante de 29 años con embarazo de término a quién se le realizó cesarea. A través de la aguja tuohy se administra 100 mg de xilocaina con epinefrina en posición caudal y 100 mg en posición cefálica. Tras comprobar la correcta colocación del catéter se administra 100 mg más de xilocaina con epinefrina. A los 10 minutos, la paciente comenzó a manifestar un cuadro de ptosis palpebral y miosis del lado derecho. A las 4 horas de encontrarse en la sala de hospitalización, se encuentra paciente con recuperación completa y sin secuela alguna; por lo que se establece el diagnóstico de Síndrome de Claude Bernard Horner Transitorio.

Palabras clave: Embarazo, Cesárea, Bloqueo peridural, Síndrome de Horner

Horner's syndrome is an uncommon side effect complication after epidural anesthesia which occurs more frequently in pregnant women due to physiological and anatomical changes; however, it has a low incidence.

We report the case of a 29-year-old woman who is undergoing a cesarean delivery, using regional anesthesia with tuohy needle 100 mg of xylocain with epinephrine was administered in cephalic position and 100 mg in caudal position.

After verifying correct placement of the catheter, a dose of 100 mg of xylocain with epinephrine was injected. Ten minutes after the initial dose, the physical examination revealed ptosis and miosis on the right side. The diagnose was Horner's syndrome transient. It spontaneously resolved over the next four hours.

Key words: Pregnancy, Caesarean section, Peridural blockade, Horner's syndrome.

1. Introducción

El Síndrome de Horner, se debe a una lesión óculo-simpática por bloqueo de las fibras nerviosas a nivel central (hipotálamo, tronco encéfalo y médula cervical) o periférico, pudiendo ser pre ganglionar (médula cervico-torácica, ápex pulmonar, mediastino, región cervical anterior) que es donde actúa la anestesia epidural, o pos ganglionar (ganglio cervical superior, arteria carótida, base del cráneo, seno cavernoso).^{1,2,3} Entre las etiologías, podemos encontrar procesos tumorales o traumáticos a nivel central,² siringomielia, lesiones en el recorrido de las fibras simpáticas y también aunque con menor frecuencia, la anestesia epidural.^{1,8}

2. Reporte de caso

Paciente femenino de 29 años de edad con diagnóstico de embarazo de término, programada para cesárea, como antecedentes de importancia refiere 2 cirugías de tobillo bajo anestesia regional sin complicaciones anestésicas reportadas, resto negados.

Exploración física: neurológicamente integra, distancia interincisiva 3 cm, dentadura completa no protésicos, Mallampati grado I, cuello móvil no doloroso, distancia tiro-mentoniana 6.5 cm, Bellhouse grado I, ruidos cardiacos de buen tono e intensidad, campos pulmonares bien ventilados no ruidos agregados, abdomen globoso a expensas de útero gestante, extremidades inferiores sin alteraciones vasculares, consume más de 4 mets.

Laboratoriales: Hemoglobina: 12.2 gr %, Hematocrito: 37%, Plaquetas: 289,000/mm³, TP: 12 seg, TPT: 26 seg, HIV negativo, Glucosa 86 mg%, Urea 31mg%, Creatinina 0.6 mg

Al momento de que la paciente ingresa a sala de quirófano, se monitoriza signos vitales TA: 120/76 mmHg, FC: 98 latidos/min, FR: 14 respira-

*Médico Residente de Segundo Año de la Especialidad en Anestesiología de la Coordinación Universitaria del Hospital Civil de Culiacán. Universidad Autónoma de Sinaloa. Correspondencia: Eustaquio Buelna No. 91, Col. Gabriel Leyva, CP. 80030. Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: 667-7137978. Correo-e: benice30@hotmail.com.

ciones/minuto, el electrocardiograma muestra un patrón sinusal, la oximetría de pulso muestra una saturación de oxígeno del 98% (SPO₂). Se efectúa prehidratación con solución de lactato de Ringer en un volumen de 600 ml por vía intravenosa. Se realiza premedicación con 50 mg ranitidina intravenosa y 10 mg de metoclopramida intravenosa. La técnica anestésica planeada es regional del tipo de bloqueo peridural con la siguiente:

Técnica: Se coloca paciente en decúbito lateral izquierdo, se realiza asepsia y antisepsia de región dorsolumbar, se retira exceso de antiséptico, se coloca campo estéril, se localiza espacio intervertebral L3-L4, se infiltra con lidocaína simple 60 mg, se introduce aguja Tuohy hasta llegar a ligamento amarillo, se verifica pérdida de resistencia positivo mediante técnica de Pitkin, en la cual la aspiración es negativa a líquido cefalorraquídeo y sangre, se administra dosis prueba con 60 mg de lidocaína con epinefrina, posteriormente se coloca aguja Tuohy caudal, se administra 100 mg de lidocaína mas epinefrina, se orienta y dirige la aguja de Tuohy en sentido cefálico, se administra 100 mg mas de lidocaína, se coloca catéter peridural, se retira aguja de Tuohy y se procede a fijar el catéter. Una vez realizado lo anterior se coloca a la paciente en decúbito dorsal, se administra 100 mg más de lidocaína con epinefrina, se espera una latencia de 10 minutos de medicamentos administrados, obteniéndose bloqueo motor y sensitivo completo hasta T6. En este momento se decide iniciar acto quirúrgico sin complicaciones.

A los 10 minutos después de iniciado el procedimiento quirúrgico, la paciente presenta de manera súbita ptosis palpebral y miosis de lado derecho pero consciente, por lo que se interroga a la paciente la cual se refiere tranquila y sin referir molestia alguna.

Se inicia administración de oxígeno en un volumen de 3 litros por minutos como mantenimiento. La monitorización de los signos vitales hasta este momento se observan estables.

Una vez extraído el producto de la concepción se inicia la administración de oxitocina en una dosis de 20UI para pasar en una hora.

El balance de líquidos muestra ingresos de 2000 ml intravenosos de soluciones cristaloides y egresos con pérdidas de 450 ml de sangre, una diuresis de 150 ml, lo que da un balance hídrico total negativo de 300 ml.

A los 40 minutos se da por terminado el procedimiento quirúrgico por lo que se decide pasar a la paciente a pabellón de maternidad con una puntuación en la Escala Visual Análoga (EVA) de 0 en la evaluación de dolor, una puntuación de Ramsay de 2, un Aldrete de 9 y un Bromage de 3.

A las 4 horas de encontrarse en la sala de hospitalización, se realiza exploración física encontrándose paciente consciente, tranquila, cooperadora, sin alteraciones neurológicas, con recuperación completa de ptosis palpebral y miosis, sin secuela alguna por lo que se decide darla por egresada del servicio de anestesiología. Por lo que establece el diagnóstico de Síndrome de Claude Bernard Horner transitorio.

3. Discusión

En esta paciente la presencia de ptosis palpebral y miosis posterior al procedimiento anestésico y su recuperación temprana hizo que se estableciera el diagnóstico de Síndrome de Horner.

La primera descripción de un caso de Síndrome de Claude Bernard Horner en humanos fue realizada en 1869 por el oftalmólogo suizo Johann Friedrich Horner.^{7,10} Su paciente fue una mujer de 40 años con cefalea, ptosis, miosis y eritema facial derecho. Atribuyó esta presentación a daño de la vía simpática cervical.¹ Anteriormente en 1852, el fisiólogo francés Claude Bernard describió los mismos signos en animales con daño en esta vía nerviosa.¹⁰ Por ello el compromiso de la vía simpática cervical se conoce actualmente como Síndrome de Claude Bernard - Horner.⁷

En su forma completa hay, en el mismo lado de la lesión, miosis por disfunción del músculo radiado (dilataador) de la pupila; grados variables de ptosis palpebral por denervación del músculo de Müller que en ocasiones puede ser el único signo; trastornos de la sudoración (anhidrosis) que sólo aparecen en las lesiones centrales o pre ganglionares y puede afectar cara, cuello y parte del tórax; discreta congestión conjuntival secundaria a vasodilatación,⁹ heterocromía del iris (coloración azul grisácea del iris) presente en la forma congénita y enoftalmia más aparente que real.^{1,3,8}

El síndrome de Horner asociado a la anestesia se ha descrito como consecuencia de un bloqueo de las fibras simpáticas del ganglio estrellado después de anestesia epidurales o del plexo braquial.^{8,11} Por la distribución anatómica, probablemente se produce un blo-

queo de las fibras simpáticas pre ganglionares cuando el anestésico local se pone en contacto con estas fibras en algún punto de su trayecto.¹¹ Esta complicación es rara, pero en algunos casos puede pasar inadvertida al no presentar manifestaciones clínicas muy evidentes.⁴ Su incidencia es muy variable y aumenta cuando las anestias epidurales se realizan en pacientes embarazadas. El síndrome de Horner asociado a analgesia epidural obstétrica puede ser del 0.4%, llegando hasta un 4% en cesáreas.⁵

Es un cuadro transitorio, de rápida evolución, que desaparece en horas sin secuelas y que puede ocurrir en pacientes sin ningún antecedente patológico.^{4,5} Las manifestaciones varían según la localización de la lesión y se reconocen diferentes causas:

Síndrome de Horner central

Puede producirse por daño hipotalámico, del tronco cerebral o médula. Es generalmente el más completo, tiene diversas causas y se acompaña de otras manifestaciones neurológicas focales. Como se mencionó antes, la anhidrosis es más común en esta forma y en su manifestación aguda. Se produce también un aumento de la temperatura en el lado afectado, por pérdida del control vasomotor y dilatación posterior; de esta manera, se puede ver enrojecimiento facial, hiperemia conjuntival, epifora y secreción nasal. Posteriormente, debido al desarrollo de supersensibilidad adrenérgica de los vasos sanguíneos denervados, ocurre vasoconstricción con disminución de temperatura y palidez en el lado afectado.^{3,7}

Síndrome de Horner pre-ganglionar

Surge del daño de las neuronas pre-ganglionares simpáticas (colinérgicas sobre receptores nicotínicos ganglionares) desde el centro cilio-espal de Budge (columna intermedio-lateral de C8-T2) hasta el ganglio cervical superior.^{3,7}

Síndrome de Horner post-ganglionar

Implica el compromiso simpático desde el ganglio cervical superior hasta el ojo.^{3,7}

Síndrome de Horner congénito

Es una forma poco común. A la asociación clásica de ptosis, miosis y anhidrosis se agrega la heterocromía del iris. Puede ser dividido en pre-ganglionar –

post-ganglionar: por ejemplo, por trauma obstétrico del plexo simpático carotideo cervical por uso de fórceps. Clínicamente tienen ptosis y miosis sin compromiso de la sudoración facial; y ganglionar: hay lesión del ganglio cervical superior, con pruebas farmacológicas que no diferencian de una post-ganglionar, pero algunos pacientes tienen compromiso de la sudoración facial, aparece en embriopatías que afectan directamente el desarrollo del ganglio cervical superior, daño de su irrigación o degeneración por lesión proximal de la vía simpática. En algunos niños se puede observar que al llorar presentan un enrojecimiento facial unilateral por la alteración de la vasodilatación en el lado afectado o incluso se ha observado cabello liso en lado afectado, en pacientes con cabello enrulado. La heterocromía del iris se produce por la falta de desarrollo y consecuente disminución de la liberación de noradrenalina y desarrollo de los melanocitos del iris cuando la lesión es preganglionar.^{3,7}

Se han descrito numerosos mecanismos de producción del Síndrome de Horner tras anestesia epidural. Por un lado, la extensión cefálica del anestésico local, puede ser debido a: inyección a mayor velocidad del anestésico, posición del paciente, disminución del espacio epidural (propio de las mujeres embarazadas), y por la mayor sensibilidad de las fibras simpáticas pre-ganglionares (fibras tipo B) a los anestésicos locales.⁸ En cuanto a la unilateralidad del bloqueo epidural encontramos descritos varios mecanismos posibles:

1. Inyección lenta de anestésicos locales, posición del paciente.
2. Existencia de cambios anatómicos en espacio epidural: la plica mediana dorsalis, es una membrana que tabica total o parcialmente el espacio epidural.
3. Mala localización de la punta del catéter.
4. Inyección del anestésico en el espacio subdural.

En conclusión el Síndrome de Horner se trata de un proceso que es más frecuente en procedimientos obstétricos debido a los cambios fisiológicos del embarazo (disminución del espacio epidural y aumento de presión en el mismo, mayor sensibilidad a los anestésicos locales por acción de la progesterona sobre el sistema nervioso central y periférico);⁴ su in-

cidencia es muy variable ya que a menudo pasa desapercibido por su escasa sintomatología y por su resolución espontánea sin necesidad de procedimientos diagnósticos ni terapéuticos.

Sin embargo, conviene tenerlo en cuenta, ya que podría ser indicativo de un bloqueo extenso y estar asociado con inestabilidad hemodinámica.

Referencias

1. Franco-Hernández JA, Claraco-Vega LM, De Bernabé López JG, García-Hernández A. Síndrome de Horner como complicación durante la colocación de una vía venosa central. *Emergencias* 2009; 21: 68-70.
2. Bell RL, Atweh N, Ivy ME, Possenti P. Traumatic and Iatrogenic Horner Syndrome: Case Reports and Review of the Literature. *J Trauma* 2001;51:400 – 404.
3. Walton KA, Buono LM. Horner syndrome. *Curr Opin Ophthalmol* 2003;14:357–363.
4. Biousse V, Guevara RA, Newman NJ. Transient Horner's syndrome after lumbar epidural anesthesia. *Neurology* 1998;51:1473-1475
5. Varela C, Palacio F, Reina MA et al. Síndrome de Horner secundario a anestesia epidural, *Neurología* 2007;22(3):196-200.
6. Allen AY, Meyer DR. Neck procedures resulting in Horner Syndrome. *Ophthalmic Plastic Surg* 2009;25(1):16-18.
7. Loli P. Síndrome de Claude Bernard Horner y otros desconocidos de siempre. *Revista del hospital privado de comunidad* 2002;5(2).
8. Avellanosa J, Vera J, Morillas P, Gredilla E, Gilsanz F. Síndrome de Horner y bloqueo del plexo braquial ipsilateral en un caso de analgesia epidural para el trabajo del parto. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;7:481-484.
9. Murphy MA, Hou LC. Recurrent isolated Horner syndrome. *J Neuro Ophthalmol* 2006;26:296.
10. Singh B, Moodley J, Allopi L, Cassimjee HM. Horner Syndrome After Sympathectomy in the

Thoracoscopic Era. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006;16(4): 222-5.

11. Lavi R. Spinal anesthesia for cesarean delivery associated with Horner's syndrome and contralateral trigeminal parasympathetic activation. *Anesth Analg* 2007;104(2): 462.

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

Parte II

Luis Alberto Kvitko*

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

Situación en 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

*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

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 Brañeiro, 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”.

Historias de carne y hueso

La violencia contra los profesionales médicos es una realidad que crece. Estos son algunos de los episodios que se registraron en los principales hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. En todos los casos, los médicos solicitaron mantener la identidad de los damnificados en reserva:

Insultos y desesperación en la sala de espera. Una mujer llega con su hijo en brazos a la guardia pediátrica del Hospital Pedro Elizalde. El chico tiene fiebre alta y convulsiones. En la sala de espera hay cerca de 50 pacientes para ser atendidos, pero ante la gravedad del caso, la mujer ingresa directamente. Entonces un grupo de las personas que estaban esperando en la guardia comienza a insultar a los médicos, pateando la puerta del consultorio para intentar ingresar a la fuerza y cuando una enfermera se asoma, la escupen en la cara.

Amenazas de muerte. Llega al Hospital Fernández una paciente embarazada con graves complicaciones. Después de realizarle los estudios

correspondientes, los médicos determinan que el bebé ya está muerto. Ya no se podía hacer nada para salvarlo. En ese momento, el padre de la embarazada saca un arma y amenaza a la médica de Obstetricia. “Si algo le pasa a mi hija, me la vas a pagar”, le dice. La médica debió ser asistida para poder recuperarse de ese episodio y volver a trabajar normalmente.

Agresiones verbales y físicas. Una médica de guardia del hospital Teresa Germani atiende a un hombre que había sufrido un accidente con su moto. Por la caída tiene varios cortes en la cabeza. La médica le explica que tiene que cortarle parte del pelo para limpiar la zona y poder coserlo. El hombre, de larga cabellera, reacciona violentamente, empieza a gritar y a dar manotazos para impedir que lo toquen. Un familiar que lo está acompañando entra al consultorio y, en lugar de intentar calmarlo, comienza a agredir a la médica. Finalmente, se retiran del hospital sin ser atendidos.

Consultorio con custodia policial. Un psiquiatra del Hospital Teodoro Álvarez recibe un paciente al que diagnostica crisis de miedo y angustia, sobre una base de personalidad depresiva y obsesiva. Después un intenso tratamiento, se le da el alta con la orden de seguir una terapia de familia. El médico perdió contacto con el paciente. Varios meses después, se entera de que esta persona se había suicidado. El padre del paciente se presenta en el hospital para agredir al médico verbal y físicamente. Días después, recibe un llamado con amenazas de muerte en su consultorio privado. El médico realizó la denuncia y solicitó custodia policial.

El Diario Los Andes, de Mendoza, Argentina, publicaba el domingo, 25 de febrero de 2007.

Experiencias de médicos que son agredidos en el ejercicio de su tarea. El domingo pasado, una médica del Lagomaggiore fue golpeada por un paciente. El episodio dejó ver que las agresiones son frecuentes.

Los profesionales de las guardias padecen frecuentemente situaciones de violencia.

Hace dos semanas, una de las médicas del SEC (Servicio Coordinado de Emergencia) recibió un llamado de los habituales. Desde el cementerio Oasis de Luján de Cuyo llamaron para que fueran a asistir

a un herido de bala. “El hombre tenía cuatro balazos. Ni bien se llegó, se constató que estaba muerto, pero la gente gritaba y la escupía para que se lo llevaran al hospital”, contó uno de los médicos de este servicio y compañero de trabajo de la profesional agredida, Juan Hidalgo.

El centro de salud N° 1 del barrio San Martín -contó el personal sanitario- más de una vez ha recibido pedradas en los techos, ha sido robado y a su director le propinaron una trompada hace unos años atrás. Esto, a pesar de que está ubicado detrás de la Comisaría 33.

Pero éste no es el único centro de salud en el que los profesionales han recibido agresiones por parte de los acompañantes de los pacientes o de éstos mismos. En general sucede en los barrios más conflictivos.

El director del centro de salud del Borbollón, Daniel Ianardi, comentó que es común que la gente los insulte y los “prepotee”. “Han llegado hasta a patear puertas porque han tenido que esperar. Y cuando hay paro es peor la situación. Si le decís a una madre que al niño no le corresponde más la leche porque tiene 6 años, se enoja mucho. Pero esto no sólo es fruto del asistencialismo, sino de la violencia que hay en la sociedad en general”, analizó el médico.

El domingo pasado, una de las médicas del hospital Lagomaggiore fue golpeada por un paciente que llegó herido de bala. Había entrado al nosocomio junto con su hermano, que estaba en peor estado. Cuando le comunicaron que éste había fallecido, atacó a la profesional y al portero y rompió un vidrio, según relataron en esa oportunidad las autoridades del hospital.

A partir de esta noticia, que tuvo resonancia en los medios de comunicación, las autoridades de Salud y de Seguridad se reunieron para intentar ponerle fin a esta situación. Así, el martes pasado se anunció una serie de medidas que, sin embargo, desde el Círculo Médico fueron descalificadas.

El hospital Central no escapa a esta situación. Voces extraoficiales comentaron que hay casos puntuales de agresión. No obstante, los profesionales de este nosocomio prefirieron no opinar.

A pesar de que desde el gobierno se intente bajar el tono de la gravedad de este asunto, el secretario gremial del Círculo Médico y presidente de la Federación Médica, Héctor Mackern, sostuvo que el 70% de los profesionales del SEC ha recibido algún

tipo de agresión.

El SEC, el más afectado

La bronca ante las demoras, el no aceptar que falleció un ser querido, las mismas fallas del sistema, suelen ser canalizadas por algunas personas a través de los golpes o agresiones hacia los médicos. En general, son personas que tampoco tienen acceso a un buen sistema de salud y que, a su vez, son víctimas de la violencia a la que los somete la pobreza y la exclusión.

“Hay estudios que comprueban que el 54% de los profesionales de América Latina ha sido agredido. Esto, en Argentina es superior en un 20%. En Mendoza, el 70% de los médicos del SEC ha sido amenazado, insultado o golpeado”, afirmó el médico.

El SEC cuenta desde hace poco con 11 ambulancias para asistir al Gran Mendoza y la zona Este. Para ingresar a los barrios conflictivos, deben esperar en la entrada del barrio hasta que un móvil policial los acompañe.

“Un día nos tocó ir al barrio San Martín por una nena con pérdida de conocimiento. La revisé y le dije al padre que estaba bien, pero que había que llevarla. El padre me pegó dos trompadas y me gritó: ‘Pero que esperás. Llévala hijo de p...’, Hidalgo, del SEC, contó su propia experiencia.

La subdirectora del SEC, Roxana Giménez, recibió patadas una vez que fue a atender a alguien en el barrio Santa Teresita.

Mackern recordó la vez que balearon a un médico del centro de salud del barrio Sarmiento, en Godoy Cruz. “Iba saliendo en su auto y lo tirotearon”, apuntó. Y agregó que en el barrio 26 de Enero, de Las Heras, son frecuentes los episodios de violencia. “Esto es un síntoma de algo más grave. Esto sucede en las escuelas, en las canchas, en las manifestaciones”, concluyó.

El Diario Clarín de la ciudad de Buenos Aires, en su edición del 27 de julio de 2007 informa: “Evalúan los pasos a seguir en caso de que continúe la violencia. Alerta de médicos municipales por los maltratos de los pacientes”.

Por la crisis del sistema de salud son agredidos en hospitales y si van a domicilio.

En marzo de este año se denunciaba en Clarín el aumento de las agresiones de los pacientes a

los médicos. ¿Cambió algo? Sí, para peor: unos 250 médicos municipales se reunieron ayer "para denunciar públicamente la creciente violencia y agresión de la que son víctimas los profesionales de la salud en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires".

Se reunieron en el Complejo Polideportivo de la Asociación de Médicos Municipales (AMM), en Perito Moreno y Balvastro, representantes médicos de los 33 hospitales públicos, los jefes de departamento de Urgencia, los jefes de día de las guardias, y médicos que hacen guardia. Decidieron formar una comisión de trabajo que "en los próximos días elevará propuestas para solucionar la situación, que no sólo afecta a los médicos, sino también a sus pacientes", dijo la entidad en un comunicado.

Jorge Gilardi, presidente de AMM, dijo que "en los últimos tres meses esto recrudeció, en los hospitales que hacen guardia y auxilios y en todos los de la zona Sur: los hospitales Argerich, Penna, Piñero, Santojanni, Alvarez, y también el Borda". No hay medidas gremiales previstas en el corto plazo, pero no las descartan si todo sigue así, en lo que Gilardi llama "inercia" política. "Podemos aceptar una transición razonable y productiva, pero no seis meses de inercia como está planteado. La salud no tolera ni seis horas de inercia".

Según Gilardi, "el médico no puede ser responsable de cada situación: cada vez que una ambulancia se demora, cuando faltan medicamentos, cuando se abarrotan los servicios, se cae en la agresión, que va en contra del paciente. ¿Cómo? Bueno, muchas veces no se sale a una emergencia hasta que no llega un móvil policial que acompañe a la ambulancia".

Los médicos aclaran que lo último que buscan es "pelear" con el paciente, sino hacer un llamado de atención de las autoridades actuales y a las que llegarán con el jefe de Gobierno electo, Mauricio Macri.

En el sitio web de la Asociación citan varios testimonios. Como el de Daniel Romano, médico de guardia del hospital Piñero, quien fue agredido cuando llegó en ambulancia a un barrio de emergencia. Decía: "La pregunta que yo me hago es: qué hacemos, nos dejamos pegar, contestamos, siempre estamos expuestos a la agresión y son muy pocos los mecanismos de defensa que tenemos".

El abogado penalista Marco Aurelio Real aportó

a Clarín casos paradigmáticos. Y su visión del problema: "La sociedad está intolerante, y el tema médico no puede ser una excepción. Ahora, si se hicieran mejoras edilicias, de nombramientos o tecnológicas, al menos desaparecerían algunas causas de la violencia".

El médico, dicen en AMM, es quien da la cara y entienden que el origen de la violencia es múltiple:

Las medioambientales de las guardias. "Que no funcione la tecnología es brindar atención tardía, y el paciente explota", dice Gilardi.

Condiciones de vida de la población. "Altos niveles de indignancia y pobreza, droga y alcoholismo. Sabemos que metemos el dedo en la llaga, pero hay que hablarlo".

Falta de atención al recurso humano. "Un ejemplo: en los hospitales hay 130 servicios sin jefe porque no los nombran, aunque ya ganaron su concurso".

En suma, los médicos piden discutir políticas de salud.

El Diario Página 12, de la ciudad de Buenos Aires, en su edición del 28 de julio de 2007 informa: "Piden medidas de seguridad y mejoras en hospitales. Médicos denuncian agresiones".

La sala de espera del Hospital Penna desbordaba de pacientes. La doctora María Manieri, a cargo de la guardia, decidió establecer una pauta: atender los casos más urgentes. Este criterio no fue compartido por la hija de una paciente internada que se abalanzó hacia ella e intentó pegarle un chatetazo. Este es sólo un testimonio de una práctica que se repite en la mayoría de los hospitales porteños. La falta de tecnología, personal y camas son los factores que despiertan la agresión de los pacientes, según la denuncia de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM), que reclamó al gobierno porteño medidas de seguridad para su trabajo y mejoras en las condiciones de atención a los pacientes.

"Es la primera vez que me pasa algo así en quince años en el hospital (Penna)", relató Manieri. De todas formas, ella sabe que sus colegas vienen sufriendo estas situaciones desde hace tiempo y que no sólo se restringe a la violencia verbal o física en las guardias de los centros de salud, sino que son víctimas de robos cuando salen en las ambulancias del Same,

con o sin escolta policial. Por ejemplo: del 2002 al 2004, los profesionales del Hospital Piñero sufrieron 25 hechos violentos, lo que comprende agresiones, robos y amenazas.

“La falta de recursos económicos, de personal, de camas, hace que el hospital público no responda en el momento justo y llega la agresión al médico, que es la cara visible de un sistema de salud colapsado”, explicó el presidente de la asociación, Jorge Gilardi. El crecimiento de los casos de violencia llevó a los profesionales nucleados en el gremio a impulsar un reclamo para revertir la situación.

Los médicos quieren que se les garantice seguridad tanto en las guardias ante posibles agresiones y en las salidas de urgencia para evitar robos. “En más de media Capital no se puede entrar sin policía”, sostuvo el gremialista. Daniel Romano, médico de guardia del Hospital Piñero, en una salida a un barrio de emergencia terminó con un arma en la cabeza durante veinte minutos. “Uno siente una impotencia tremenda, primero porque se trata de gente que está enferma, pero también genera algo complejo, ya que uno tiene una familia detrás”, contó el médico.

Mejorar las condiciones laborales de los médicos y de atención permitiría disminuir el nivel de agresividad de la gente, dice la AMM. El reclamo incluye nombramiento de personal, incorporación de tecnología y mejoras edilicias. El gremio elaborará un registro donde consten los casos de agresión que en muchos casos desembocan en causas penales.

El diario Infobae, de la ciudad de Buenos Aires, publica el 12 de agosto de 2007:

Otro brutal caso de agresión contra un médico. El profesional fue a una casa por un llamado al SAME, que pedía auxilio por una mujer que tenía un paro cardíaco. La señora falleció, el marido de la hija lo golpeó y lo tiró por la escalera.

El episodio se registró en la noche del jueves, mientras el médico realizaba una atención domiciliar en Boyacá al 300, de la Ciudad de Buenos Aires.

El facultativo Roberto Cristiani llegó hasta esa casa por el llamado urgente debido a la descompensación de una mujer de alrededor de 74 años, suegra del funcionario público, identificado como Luis Puig.

Al revisar a la mujer en el segundo piso, el médico constató que había fallecido por un paro

cardiorrespiratorio, por lo que dio aviso a los familiares que se encontraban en el lugar, informaron fuentes policiales.

Tras ese hecho, Cristiani se quedó en el departamento atendiendo a la hija de la víctima, que sufrió un ataque de nervios.

Durante ese lapso, y avisado por los familiares, se acercó hasta ese lugar Puig, quien pretendió que Cristiani le firmara el certificado de defunción, tarea para la que no estaba autorizado el médico.

"Comenzó a increparme, yo le dije que no me daba miedo y cuando estoy parado al borde la escalera, me da un golpe de puño y ruedo por los escalones todo un piso", aseguró Cristiani en declaraciones a C5N.

Cristiani fue trasladado al Hospital Álvarez, donde permaneció alojado hasta esta mañana luego de sufrir traumatismos múltiples y un estado de confusión, sin pérdida de conocimiento.

Como consecuencia de este episodio, el presidente de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (AMM), Jorge Gilardi, confirmó que los médicos de guardia sólo saldrán a responder llamados de los denominados "Código Rojo" -urgencias graves- y accidentes de tránsito.

Las autoridades de la Subsecretaría de Control Comunal de la Ciudad, donde pertenece el área de la Dirección de Fiscalización y Control donde trabajaba Puig, informaron que el funcionario fue "suspendido preventivamente".

El médico agredido, de alrededor de 35 años, radicó la denuncia en la comisaría 50, donde se labraron actuaciones por "averiguación de muerte dudosa por criminalidad y lesiones".

El presente no es el primer caso de agresión a médicos. El vicepresidente de la Asociación de Médicos Municipales, Horacio Rey, confirmó en una entrevista en C5N que cada vez ocurre con mayor frecuencia.

“Estamos en una sociedad violenta, la violencia se ha instalado y porque nos vamos a escapar nosotros de eso”, señaló el titular y además detalló: "Era casi impensado que fuéramos agredidos los que nos dedicamos a la medicina, pero se está convirtiendo casi en una constante".

"La guardia es uno de los servicios más vulnerables, por la particularidad en que se desarrolla la consulta, siempre son momentos de emergencia", aseguró.

La salud enferma. Médico del Hospital Santojani denunció brutal agresión de una paciente.

Se trata de Guillermo Roma, médico de guardia, quien hizo declaraciones en el programa “El juego limpio”; que conduce Nelson Castro y emite la señal de cable Todo Noticias los jueves de 22 a 23. (www.agencianova.com/nota.asp?n=2007), 17 de agosto de 2007).

En crisis, la relación entre médicos y pacientes.

Buenos Aires, Agosto 17 (Agencia NOVA) La atención en los hospitales porteños es cada vez peor, y los profesionales médicos dicen que a las malas condiciones edilicias de los establecimientos se le suman la postergación de obras y la falta de insumos. Increíblemente, el Ejecutivo porteño habría solicitado a la Legislatura que apruebe un proyecto de ley para reducir el presupuesto de salud.

En ese sentido, el médico de guardia del Hospital Santojani Guillermo Roma, en el programa “El juego limpio”, que conduce Nelson Castro y es emitido por la señal de cable Todo Noticias los jueves de 22 a 23, denunció el insólito episodio en el cual una mujer le pegó porque quería ser atendida a pesar de haber otros pacientes delante de ella.

Roma lamentó que “estamos viviendo una sensación de desprotección muy grande” y relató que “yo fui agredido por una paciente en una sala de espera que estaba saturada de gente, ante el pedido de mi jefe de guardia para que realice un “triage” –método para la clasificación de los pacientes basándose en las necesidades terapéuticas-, pero esta mujer quería ser atendida antes que los que estaban adelante de ella”.

El facultativo narró que, tras evaluar que su caso no era urgente “le pedí por favor que esperara, y seguí interrogando a los demás, y en ese momento comenzó a insultarme ante la mirada del personal de seguridad y me pegó una bofetada como en mi vida había recibido, dio media vuelta y se fue, con lo cual ni siquiera pudo ser atendida”.

Como si lo sucedido no bastara, puntualizó que “la semana pasada otro compañero fue agredido, hizo la denuncia y quedó detenido”, motivo por el cual, cuando le consultaron si haría la denuncia pertinente, dijo que “preferí terminar la guardia y volver a mi casa”.

Finalmente, Roma advirtió que “los roles están

desvirtuados” y ejemplificó que “hoy no se respeta a un médico, un policía o un maestro” y agregó que “vivimos en una desprotección total, y ni hablar cuando salimos en ambulancia, donde no hay personal de seguridad”:

El profesional remarcó que los recursos no sólo no sobran sino que faltan, ya que en muchos casos existe aparatología vieja que no se repara, o hay quince camas para treinta pacientes que requieren ser internados. A esto le agregó la problemática de la reducción del presupuesto y que, en ese sentido, habrá que suplicar no enfermarse.

El Diario La Nación de la ciudad de Buenos Aires, en su edición del 21 de octubre de 2007, publica una nota de Cecilia Draghi:

Encuesta a 30,100 profesionales de la salud. Casi el 55% de los médicos sufrió algún tipo de violencia. El grupo de 20 a 49 años es el más vulnerable a insultos y golpes

Las guardias hospitalarias son el lugar en el que más actos de violencia de registran.

El ulular de la sirena anuncia la entrada de la ambulancia en la guardia médica con un joven accidentado de gravedad. Médicos y enfermeros están en alerta máxima, sus corazones laten con fuerza ante el desafío de salvar esa vida. Los quejidos del paciente, la desesperación de la familia y la necesidad de paliar tanto dolor son una escena que se repite a diario. Pero, en ocasiones, algo agrava aún más el cuadro: la agresión al especialista a poco de decir, por ejemplo, “no se puede hacer el estudio porque el equipo del hospital no funciona ”

Una encuesta procesada por el equipo del Servicio de Epidemiología del Hospital Italiano revela que el 54.6% de los médicos dice haber sido víctima de algún tipo de agresión en el ejercicio de su profesión.

“Los médicos están frecuentemente expuestos a violencia verbal o física de pacientes o familiares. Nuestros hallazgos coinciden con los registrados en otros países del mundo”, señalan los autores de una investigación que reunió las respuestas de 30.100 profesionales de la salud consultados a través del sitio Intramed, de Internet. Los resultados se presentarán en noviembre próximo durante el XVI Congreso Nacional de Medicina, de la Sociedad Argentina de Medicina.

El 74.2% de los especialistas consultados eran argentinos; el resto se repartía entre otros países latinoamericanos como México, Perú, Uruguay y Colombia. "Como en otros estudios realizados en el mundo, la especialidad con mayor exposición a la violencia es Emergencias", destaca el doctor Daniel Flichtentrei, que realizó el trabajo junto con Ariel Melamud, Daniel Luna, María Prats y Florencia Braga.

"Las emergencias -agrega- son situaciones que provocan mucho estrés. Ante la mínima incompreensión aparece la violencia. Por otro lado, la primera cara visible ante las carencias, las demoras y la falta de recursos de diagnóstico es el médico, aunque no tenga la responsabilidad, pero es sobre quien se descarga la agresión."

Detalles de la violencia

De las consultas violentas, el 52.6% fueron amenazas o insultos verbales (23% de parte de los pacientes y 29.4% de los familiares). En tanto, el 2.2% de agresiones físicas también se repartió entre pacientes (1.3%) y sus allegados (0.9%). "La agresividad de los familiares es más frecuentes cuando el paciente es un niño", indica Flichtentrei.

La guardia hospitalaria acaparó el mayor número de consultas violentas, pero la lista de especialidades que presentaron problemas es larga. Clínica médica, pediatría y cirugía general, entre otras, no escaparon a los conflictos. Y al analizar si el profesional agredido era varón o mujer, el estudio demostró que ambos por igual eran objeto de violencia. No así en cuanto a la edad: los médicos de entre 30 y 49 años eran los más afectados.

Aunque pudo existir un sesgo relacionado con el recuerdo entre los médicos de mayor edad, según advierte el estudio, los autores estiman "probable que la valoración social del médico y el tipo de relación con el paciente hiciese menos frecuente la agresión hacia quienes ejercían la medicina en el pasado no muy lejano".

Ahora, ¿cuál es la razón para aquella consulta que hace apenas unas décadas se realizaba en un clima de respeto pueda hoy registrar insultos o golpes de puño? "Lo que estamos viendo en la medicina es una muestra de lo que pasa en distintos ámbitos -responde Flichtentrei-. Basta observar los colegios y la violencia que se registra. Esto es un tema mundial."

Y subraya que eso tiene que ver con una tendencia social. "Es conocido que cuando el lenguaje se deteriora y el diálogo desaparece, la instancia de la violencia es el próximo paso. Cuanto menos comunicación hay entre las personas, más violencia existe."

Estas situaciones de tensión afectan la salud de los médicos e influye en la calidad de la atención. "Deteriora el vínculo entre el médico y el paciente, que es la herramienta más trascendente del acto médico -precisa el cardiólogo-. Si se quiebra, se pone en riesgo la eficacia de la asistencia sanitaria. Lo que conspira para la comunicación, la relación emocional y de transferencia entre médico y paciente, conspira contra la salud."

Pero, ¿el médico está preparado para estas situaciones de agresión? "En realidad, no sé si alguien está preparado para la violencia. Pero para lo que no está preparado y, a lo mejor, una carencia de la formación médica que debería tenerse en cuenta es la formación en comunicación -opina Flichtentrei-. Así como la tecnología es una herramienta imprescindible en la atención médica, la palabra no lo es menos. La medicina es un encuentro entre dos personas mediado por la palabra, que es el recurso de diagnóstico más exquisito que se ha inventado jamás."

Los testimonios

I. T.

"Soy médica de ambulancia pública y me gusta mi trabajo, pero... La gente te exige, te insulta y te maltrata. Vamos a todos lados con apoyo policial de día y de noche. Ya no sé si somos parte del personal policial. Vivimos atendiendo accidentes de gente alcoholizada, baleada y apuñalada."

S. D.

"Trabajo en un centro de salud urbano marginal desde hace cinco años. Una vez, una paciente manoteó mi maletín y me lo arrojó cerca de mi cara. A otros colegas, hombres y mujeres, les han intentado pegar, les han arrojado objetos, como sillas o les han dañado el auto estacionado."

M. G.

"He sido agredido verbalmente en múltiples oportunidades por no otorgar un certificado médico, por no realizar recetas de psicofármacos (por tratamientos prolongados) o por no ceder a los pedidos de pacientes de otros médicos, como «Retíreme los puntos» o «Sáqueme el yeso»."

T. R.

"Soy pediatra y ejerzo en Mar del Plata. Vivo a diario la actitud agresiva de los padres de los pacientes, ya sea en el ámbito público o en el privado. Los padres quieren soluciones mágicas... Pero lo peor es que [los médicos] no tenemos ningún tipo de defensa legal o personal."

Al Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires (www.medicos-municipales.org) publica:

En el ejercicio de la medicina, cada día más médicos sufren agresiones por parte de pacientes o sus familiares. Una realidad que enfrenta al profesional con la dolorosa paradoja de ser víctima de quienes debe asistir. La ley dice que estas situaciones deben ser denunciadas como accidente laboral

En los últimos años, la violencia se ha constituido en un problema de salud pública muy grave, que se ha extendido en la sociedad argentina hasta alcanzar ámbitos como las escuelas o los hospitales.

Los casos de médicos agredidos crecieron notablemente, sobre todo en el sector de la guardia y en las emergencias en vía pública o a domicilio. La violencia surge de una interacción compleja de factores a nivel individuo, relación, comunidad, sociedad y política, y se convierte en una cuestión muy compleja.

Hospitales desbordados: las camas no dan a basto y los pacientes reciben suero sentados en los pasillos

Los profesionales de los hospitales no escapan a la intolerancia general y son atacados física o verbalmente por algunos pacientes o sus familiares. Se genera una hostilidad creciente, agravada por la exclusión social y los problemas de alcoholismo o drogadicción de ciertas personas que llegan a las guardias en un estado de agresividad notable. Hay agresiones que llegan a denuncias judiciales, y médicos que han tenido que trabajar con custodia policial en la puerta del consultorio. El SAME dispone, por medio de su sector Factores Humanos, de un equipo que trabaja en la contención y asistencia del personal de emergencia ante episodios de violencia o estrés laboral.

Los casos van desde agresiones verbales hasta amenazas con armas, intimidaciones en domicilios particulares, golpes, fracturas de nariz, empujones. Y la guardia es el lugar de choque. Además, el vínculo entre el médico de guardia y el paciente es ocasional, y eso no ayuda: la falta de conocimiento entre paciente

y médico atenta contra la paciencia y la tolerancia, que a veces las largas esperas imponen.

El Dr. Daniel Romano, médico clínico de guardia del hospital Piñero fue agredido cuando asistió en la ambulancia a un barrio de emergencia. Reconoce su impotencia ante este tipo de situaciones, pero intenta explicarlas: "Las agresiones se dan en parte por la inseguridad en la que vivimos todos, los que somos médicos y los que no. También es una cuestión de falta de educación, del alcoholismo, de las drogas. En nuestra zona hay barrios muy marginales y es el lugar donde con mayor frecuencia sufrimos este tipo de agresiones. Uno siente una impotencia tremenda, primero porque se trata de gente que está enferma, pero también genera algo complejo ya que uno tiene una familia detrás. Hasta qué punto uno se puede dejar agredir o no defenderse por miedo a que después algún abogado nos denuncie por maltrato a un paciente. La pregunta que yo me hago es: qué hacemos, nos dejamos pegar, contestamos, siempre estamos expuestos a la agresión y son muy pocos los mecanismos de defensa que tenemos".

Hospitales desbordados

Sin duda, uno de los principales inconvenientes en los hospitales públicos es el aumento de la demanda; muchos servicios se ven desbordados y 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. La Dra. María Susana Manieri, médica clínica de guardia del hospital Penna, fue víctima de violencia y explica con mucha tristeza el episodio que vivió: "Ese día la guardia estaba desbordada y yo hice lo que creí más oportuno, es decir ocuparme de los casos más graves. La hija de una señora internada comenzó a insultarme e intentó pegarme un cachetazo. Es la primera vez que me pasa algo así en quince años en el hospital, pero sé que a muchos compañeros les sucedió algo similar. Luego de todo esto la policía de la comisaría 32 intentó llevarme detenida a mí porque la mujer había dicho que yo la agredí. Una verdadera locura. Creo que se perdió el principio de solidaridad, porque los pacientes que están más graves no hacen estos escándalos. Nosotros somos la cara de un sistema pero no somos los culpables, ya que estamos atendiendo la saturación de este sistema".

Por otro lado, se dieron ciertos cambios en los códigos sociales: hace algunos años en los barrios de emergencia, al médico se le abrían todas las puertas, hoy en algunos lugares los servicios de emergencia no entran si no es con custodia policial.

La agresión es un accidente laboral

Otro de los factores que contribuye a las situaciones de violencia son las condiciones y medio ambiente de trabajo: al aumento de la demanda se suma una insuficiente cantidad de personal y malas condiciones de estructura y edilicias. El Dr. Luis Quinteros, clínico de guardia del hospital Penna cuenta que hace dos meses, por primera vez en sus veinte años de médico municipal, sufrió una agresión por parte del familiar de un paciente: “Esto sucede porque el sistema de guardia está colapsado, porque estamos trabajando con una demanda triplicada, pero seguimos con el mismo recurso humano de hace quince años, es decir un clínico y siete ayudantes. El día que sucedió la agresión teníamos pacientes internados en colchonetas en el piso y ahora se transformó en una modalidad tener pacientes internados en una silla y un suero a su costado; nos estamos acostumbrando a que lo provisorio pase a ser permanente. Yo soy el emergente en un sistema que está colapsado y el emergente en psicoanálisis es aquel que recibe el cachetazo”.

Existe además la percepción, entre los trabajadores de la salud, de que los actos de violencia forman parte del trabajo, produciéndose por tanto un subregistro importante cuando no son denunciados. De acuerdo con la legislación vigente en Argentina, los hechos violentos sufridos en ocasión del trabajo son considerados accidentes de trabajo, y se deben otorgar al trabajador las prestaciones médicas, farmacéuticas y dinerarias correspondientes por parte del empleador. La agresión debe ser denunciada a la ART, la falta de denuncia deja al profesional sin acceso a los beneficios que la ley le otorga. Por otro lado, una agresión debe ser también denunciada ante la comisaría.

A modo de corolario

El Dr. Abel Kohan Miller, secretario general de la AMM y jefe del servicio de urgencia más grande de la Ciudad, sintetiza con claridad el problema de la violencia, las dificultades para afrontarla y sus consecuencias más graves: “Recrudeció en forma

exponencial la violencia en los servicios de guardia, que se manifiesta por agresiones al personal, tanto en forma verbal como física. También mediante la destrucción de instalaciones y robos. Esto se ve acrecentado por las intoxicaciones con alcohol y drogas que presentan los pacientes, que llegan en estado de máxima excitación. Por otra parte, los servicios se ven desbordados por la cantidad de pacientes derivados de todos los sectores; esta demanda es imposible de satisfacer y genera gran estado de violencia en los pacientes, que se expresa por medio de insultos al Gobierno y por ende, a los profesionales que somos la cara visible del sistema. Además, el personal de seguridad es totalmente insuficiente e incapaz de contener las agresiones, demuestra a diario su inutilidad; a esto se suma que el personal de Policía Federal asignado a los hospitales es escaso y a veces poco participativo. Como corolario a la agresión, los pasos a seguir para denunciar los hechos son engorrosos y burocráticos”.

Referencias

1. “Agresiones a médicos. Una violencia que duele”. medicos-municipales.org.
2. Barrera Lazo Stella Maris F., Villarroel Salazar Cristhian G. “Detección de agresión laboral al personal médico y de enfermería del Policlínico Central de La Paz, Bolivia” *Revista Pacea 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](http://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/](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 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.