

REVISTA CONAMIED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 23, Número 4, Octubre - Diciembre, 2018 ISSN 2007-932X



Guía Clínica para el Médico
sobre el crecimiento prostático
benigno y Cáncer de Próstata

Aspectos socioculturales
relacionados con la diabetes

Buen trato en la atención
obstétrica en México

Sentencia sobre maternidad
dual en México

Torsión testicular

Curso sobre Prevención del conflicto derivado del Acto Médico

Del 11 al 15 de febrero, 2019. 9 - 15 h.

Origen del conflicto · Ética y derecho sanitario ·
Modelo CONAMED · Marco jurídico · Calidad de
la atención · Expediente clínico y consentimiento
válidamente informado · Marco conceptual del análisis
de casos · Análisis de casos CONAMED · La Comunicación
en la relación médico-paciente.

CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Facultad de Medicina



Dirigido a profesionales de la salud,
titulados a nivel licenciatura (médicos,
odontólogos, personal de enfermería y trabajo
social) y técnicos en enfermería titulados.

Presencial (CDMX) y por videoconferencia
(para sedes del interior de la república).

Facultad de Medicina, UNAM
Informes e inscripciones:

01(55) 5420-7148, 01(55) 5420-7102, 01(55) 5420-7093

www.gob.mx/conamed

- Editorial** 159 **Editorial**
Fernando Meneses-González, Leticia De Anda-Aguilar, José de Jesús Leija Martínez
- Carta al editor** 161 **Carta al Editor de la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata)**
Letter to the Editor - The Mexican Official Standard 048-SSA2-2017, for the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health prevention of prostate cancer and its usefulness to the Mexican medical community
Ma. Josefina Morin Rangel
- Artículo especial** 162 **Guía Clínica para el Médico, Vinculatoria a la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud sobre el crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la Próstata) y Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata)**
Clinical Guide for the Physician, binding to the Official Mexican Standard NOM-048-SSA2-2017, for the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health promotion on benign prostatic growth (Hyperplasia of the prostate) and cancer of prostate (Malignant tumor of the prostate)
Dr. Armando Ramírez Ramírez, Dr. Arturo Díaz Hernández, Dr. Arturo Vega Saldaña, Dra. Blanca Estela Fernández García, Dr. Carlos D'Hyver de las Deses, Lic. Cristina López Aburto, Dr. Eduardo David Barrón López, Dr. Félix Arturo Leyva González, Dr. Fernando Carreño De la Rosa, Dr. Fernando López Reyes; Dr. Francisco Tomás Rodríguez Covarrubias, Dr. Hugo Arturo Manzanilla García, Dr. Iván Alejandro Rodríguez Torres, Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera, Dr. Jesús Torres Aguilar, Dr. Jorge Alejandro Álvarez Albarrán, Dr. José Jorge Saldaña Robles, Dr. José Olvera Álvarez, Dr. Luis Raúl López Conde Carro, Dra. María Esther Lozano Dávila, Dr. Oscar Casillas Álvarez, Dr. Oscar Herrera Vázquez, Dr. Pedro Botello Gómez, Dr. Pedro Fernando Martínez Cervera, Dr. Roberto Cortez Betancourt
- Artículos originales** 182 **Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo**
Socio cultural aspects related to diabetes: A qualitative analysis
Dulce María Guillén-Cadena, Betsy Flores-Atilano
- 190 **Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México**
Strategy for promotion of good treatment in obstetric care in Mexico
Rosario Valdez-Santiago, Anabel Rojas-Carmona, Luis Alberto Villanueva-Egan, Pilar Lomelin-Aragón, Ana Carolina Ortega, Aurora del Río Zolezzi, Luz Arenas-Monreal
- Derecho Sanitario** 198 **Análisis en torno a una sentencia sobre maternidad dual en México: reflexiones sobre el derecho a la identidad y a la verdad biológica**
Analysis around a judicial sentence about dual maternity in Mexico: reflections about the right to identity and biological truth
Martha Patricia Hernández Valdez, Antonio Martínez García
- Caso CONAMED** 203 **Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica**
Testicular torsion, diagnostic challenge before a surgical emergency
René Alfredo Suárez Pacheco, Lucina Sánchez Ramírez

REVISTA CONAMED

Director General
Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor
Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

Co-editores
Dra. Leticia de Anda Aguilar
Dr. José de Jesús Leija Martínez

Comité Editorial

Lic. Marco Antonio de Stefano Sahagún
Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
Dra. Carina Xóchitl Gómez Fróde
Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México

Dr. Miguel Villasis Kever
Dr. Rafael Arias Flores
Instituto Mexicano del Seguro Social, México

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México

Dra. Silvia Rosa Allende Pérez
Instituto Nacional de Cancerología, México

Dra. Jessica Guadarrama Orozco
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Dionisio Herrera Guibert
*Training Programs In Epidemiology Public
Health Interventions Network, USA*

Dr. Juan Francisco Hernández Sierra
Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México

Dr. Fortino Solórzano Santos
Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Dr. Pedro Jesús Saturno Hernández
Instituto Nacional de Salud Pública, México

Dr. Alejandro Treviño Becerra
Editor de la Revista Gaceta Médica de México (ANM)

Mtra. Elysee Bautista González
FUNSAUD

Consejo Editorial

Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

Dr. Carlos Santos Burgoa
*The George Washington University
and Milken Institute, USA*

Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera
*Facultad de ciencias de la salud.
Universidad Panamericana, México*

Dr. Armando Mansilla Olivares
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Jesús Tapia Jurado
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortíz
Facultad de Medicina UNAM, México

Dra. María Dolores Zarza Arizmendi
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM, México

Dr. Carlos Castillo Salgado
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA

Dr. Tomás Barrientos Fortes
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac, México

Dr. Gilberto Guzmán Valdivia Gómez
Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, México

Dr. Ricardo García Cavazos
Escuela Superior de Medicina, IPN, México

Dr. Manuel Ruiz de Chávez
Comisión Nacional de Bioética, México

Dra. Matilde Loreto Enríquez Sandoval
Academia Nacional de Educación Médica, México

Jonas Gonseth-García
*Office of equity, gender and cultural diversity (EGC)
Organización Panamericana de la Salud, México*

Dra. Diana Celia Carpio Ríos
Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, México



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

Medigraphic • Dialnet • PERIODICA • Biblat • LATINDEX • IMBIOMED • CUIDEN • BVS • EBSCO



Impresa en Papel Libre de Ácido
(Printed on Acid Free Paper)

REVISTA CONAMED, Año 23, No. 4, octubre-diciembre 2018, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 28 de noviembre de 2018. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

Editorial

Fernando Meneses-González,* Leticia De Anda-Aguilar,* José de Jesús Leija Martínez*

Crecimiento prostático, cáncer de próstata, diabetes mellitus T2, violencia obstétrica son problemas de salud que se encuentran en el escenario de la salud pública nacional. Dada la incidencia creciente de algunos de ellos, es necesario colocar en el centro de la problemática el abordaje que le dan los profesionales de la salud a la calidad de la atención y la seguridad del paciente. En este número se proponen los mecanismos para mejorar el diagnóstico y la atención de algunos de ellos, y otros son abordados con diversas metodologías de investigación cuyos resultados son valiosos para la política pública en salud.

El esfuerzo realizado por un grupo de trabajo, especialmente en Urología, logró incluir en la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata),¹ una Guía Clínica² para la atención de esos dos problemas. La importancia de esta Guía Clínica es el carácter vinculatorio que tiene, por lo que se espera que en las unidades de salud del país se sigan los lineamientos allí propuestos. La *Revista CONAMED*, al publicar dicha Guía, contribuye a su difusión a los profesionales de la salud, esperando que con ello se contribuya a la contención de la epidemia de cáncer de próstata presente en el país, misma que se refleja en la mortalidad por esta causa, que lleva un crecimiento lento pero constante; tan sólo en el año 2000 se registraron 3,852 defunciones (1.58% del total de defunciones en hombres) y para el año 2016 el número creció a 6,919 defunciones (1.81% del total de defunciones en hombres).³

Por otro lado, para el estudio de la diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), vista como una de las epidemias de enfermedades crónicas no transmisibles por las que transita el país y que, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016, el 9.4% de la población de 20 años y más, recibieron el diagnóstico de diabetes por parte de un médico.⁴ Dulce María Guillén y colaboradores⁵ abordan el estudio de la DMT2 con un enfoque cualitativo, y nos muestra el lado humano de la población que es diagnosticada, sus reacciones al saberse que tienen la enfermedad, y llama la atención hacia el fortalecimiento de la comunicación a la población, no sólo en temas relacionados con la prevención, sino también en aquellos en los que la DMT2 afecta la vida familiar, laboral y de los familiares de las personas enfermas.

La violencia obstétrica sigue siendo un problema presente en algunas unidades de atención a la salud de nuestro país, ya que, desafortunadamente, todavía se practica por muchos profesionales de la salud. El INEGI, en la primera Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2016), reportó que en los últimos cinco años 33.4% de las mujeres sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes la atendieron en

* Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:
FMG, fmeneseg@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Meneses-González F, De Anda-Aguilar L, Leija-Martínez JJ. *Editorial. Rev CONAMED* 2018; 23(4): 159-160.

Recibido: 16/10/2018.

Aceptado: 22/10/2018.

el último parto.⁶ Ante este problema, Valdez-Santiago y colaboradoras⁷ diseñaron y pusieron en práctica una intervención en capacitación a los profesionales de la salud en el país; de resultar exitosa esta propuesta metodológica, para proporcionarles herramientas a esos profesionales de salud para disminuir la violencia obstétrica, será un aporte más a las diferentes políticas públicas que se han desarrollado.

El reconocimiento de la maternidad o paternidad en los tratamientos de reproducción asistida es, hoy día, un tema de crecimiento mayor en la práctica de la salud y el derecho. Hernández-Valdez MP y colaboradores presentan la resolución de la Corte sobre un caso de maternidad dual en el estado de Michoacán, como ejemplo del desfase en el desarrollo de las ciencias médicas con la legislación sobre el tema y los cambios de paradigmas que se requieren realizar en el ejercicio del derecho de la libertad procreacional.⁸

La enseñanza de las ciencias médicas es fundamental para garantizar una atención con calidad a la población en las diversas unidades y niveles de atención. En este número se presenta un caso clínico derivado de una queja médica⁹ desarrollado de forma que le permita al lector interactuar con el autor y adquiera, al final de la lectura, elementos prácticos que pueda llevar a la práctica médica en el ámbito donde la desarrolle.

BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Rev CONAMED. 2018; 23 (3): 110-125.
2. Guía Clínica para el Médico, Vinculatoria a la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud sobre el crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la Próstata) y Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata). Rev CONAMED. 2018; 23 (4): 162-181.
3. Datos elaborados por los autores con base a la información de mortalidad. [Acceso 15 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
4. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. [Acceso 13 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>
5. Guillén-Cadena DM, Flores-Atilano B. Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo. Rev CONAMED. 2018; 23 (4): 182-189.
6. INEGI. Resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016. Boletín de prensa 379/17, 18 de agosto 2017. [Acceso 15 de noviembre de 2018] Consultado en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf
7. Valdez-Santiago R, Rojas-Carmona A, Villanueva-Egan LA, Lomelin-Aragón P, Ortega AC, Del Río-Zolezzi A, Arenas-Monreal L. Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. Rev CONAMED. 2018; 23 (4): 190-197.
8. Hernández-Valdez MP, Martínez-García A. Análisis en torno a una sentencia sobre maternidad dual en México: reflexiones sobre el derecho a la identidad y a la verdad biológica. Rev CONAMED. 2018; 23 (4): 198-202.
9. Suárez-Pacheco RA, Sánchez-Ramírez L. Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica. Rev CONAMED. 2018; 23 (4): 203-208.

Carta al Editor de la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata)

Letter to the Editor - The Mexican Official Standard 048-SSA2-2017, for the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health prevention of prostate cancer and its usefulness to the Mexican medical community

Ma. Josefina Morin Rangel

Como especialista clínica en el área de Urología considero que la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017¹ para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno y cáncer de próstata es de capital importancia en todos los niveles de atención médica, sin ser exclusiva del urólogo clínico, dado que es el resultado del trabajo de múltiples profesionales expertos en el tema, así como de instituciones gubernamentales mexicanas. El objetivo de tener estas normas es apearse a ellas lo más posible, sin olvidar que, bajo nuestro criterio como profesionales de la salud, en la mayoría de los casos debemos individualizar el manejo en nuestros pacientes. Sin embargo, es esencial contar con estas guías como un apoyo y con información epidemiológica de estas enfermedades en nuestro país, al igual que en gran parte de los países en vías de desarrollo. El arduo trabajo de los participantes en la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017 nos compromete como profesionales de la salud a llevar a cabo las recomendaciones consensadas por estas organizaciones e instituciones para tratar de implementar una vigilancia epidemiológica más estrecha. Desde mi punto de vista, al desarrollar cada uno de los puntos descritos en esta norma contribuimos a establecer el diagnóstico oportuno de estas enfermedades, así como una estrategia para homologar el manejo del cáncer de próstata y crecimiento prostático en México.

Mi intención con la presente carta al editor es invitar, al mismo tiempo que hacer un llamado a la población mexicana, a concientizar la prevención de enfermedades en la salud del hombre con intervenciones epidemiológicas y de salud pública, planificando e implementando programas de prevención con metas bien definidas que puedan ser cuantificadas en la disminución de la incidencia del cáncer de próstata en los próximos años. Asimismo, necesitamos el apoyo de médicos generales, especialistas en urología, directivos de las instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, SSA), Sistema Nacional de Salud y Poder Legislativo para fomentar programas dirigidos a la salud masculina en nuestro país.

* Uróloga Certificada.
Coordinadora del
Capítulo de Equidad
de Género en Sociedad
Mexicana de Urología

Correspondencia:
MJMR, dra_jmorin@
yahoo.com.mx
Conflicto de intereses:
La autora declara
que no tiene.
Citar como: Morin-
Rangel MJ. Carta al
Editor de la NORMA
Oficial Mexicana
NOM-048-SSA2-2017,
Para la prevención,
detección, diagnóstico,
tratamiento, vigilancia
epidemiológica y
promoción de la salud
sobre el crecimiento
prostático benigno
(hiperplasia de la
próstata)
y cáncer de próstata
(tumor maligno de
la próstata). Rev
CONAMED 2018;
23(4): 161.

Recibido: 13/09/2018.
Aceptado: 08/10/2018.

BIBLIOGRAFÍA

1. NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Rev CONAMED 2018; 23(3): 110-125.

Guía Clínica para el Médico, Vinculatoria a la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud sobre el crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la Próstata) y Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata)

Clinical Guide for the Physician, binding to the Official Mexican Standard NOM-048-SSA2-2017, for the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health promotion on benign prostatic growth (Hyperplasia of the prostate) and cancer of prostate (Malignant tumor of the prostate)

Correspondencia:

MELD,
elozanod@yahoo.com
Conflicto de intereses:
El equipo técnico de trabajo declara que no tiene.

Citar como: Guía Clínica para el Médico, Vinculatoria a la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud sobre el crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la Próstata) y Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata). Rev CONAMED 2018; 23(4): 162-181.

Recibido: 15/08/2018.
Aceptado: 03/09/2018.

Dr. Armando Ramírez Ramírez; Dr. Arturo Díaz Hernández; Dr. Arturo Vega Saldaña; Dra. Blanca Estela Fernández García; Dr. Carlos D'Hyver de las Deses; Lic. Cristina López Aburto; Dr. Eduardo David Barrón López; Dr. Félix Arturo Leyva González; Dr. Fernando Carreño De la Rosa; Dr. Fernando López Reyes; Dr. Francisco Tomás Rodríguez Covarrubias; Dr. Hugo Arturo Manzanilla García; Dr. Iván Alejandro Rodríguez Torres; Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera; Dr. Jesús Torres Aguilar; Dr. Jorge Alejandro Álvarez Albarrán; Dr. José Jorge Saldaña Robles; Dr. José Olvera Álvarez; Dr. Luis Raúl López Conde Carro; Dra. María Esther Lozano Dávila; Dr. Oscar Casillas Álvarez; Dr. Oscar Herrera Vázquez; Dr. Pedro Botello Gómez; Dr. Pedro Fernando Martínez Cervera; Dr. Roberto Cortez Betancourt

Equipo de trabajo de la Guía Clínica para el Médico, Vinculatoria a la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Vigilancia Epidemiológica y Promoción de la Salud sobre el crecimiento prostático benigno (Hiperplasia de la Próstata) y Cáncer de Próstata (Tumor Maligno de la Próstata)

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

México se encuentra inmerso en un proceso de transición demográfica, condicionado por los cambios significativos en las tasas de natalidad y mortalidad que se observaron en el país durante el siglo XX. Actualmente, se marca el inicio de un envejecimiento acelerado de la población, que alcanzará su punto máximo durante la primera mitad de este siglo. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012) para 2050, se estima que las personas adultas mayores (PAM) conformarán cerca del 28% de la población. Este envejecimiento acelerado de la población, representa un reto importante para el Sistema Nacional de Salud, ya que aumentará también de forma acelerada la demanda de atención, que requerirá de acciones de atención específicas, para contender adecuadamente con las nuevas necesidades de esta población.

Derivado de lo anterior, el objetivo de esta guía, es proporcionar información sobre cómo reconocer, detectar y tratar adecuada y oportunamente las enfermedades de crecimiento prostático benigno (CPB) y cáncer de próstata (CaP) en el Sistema Nacional de Salud, con efecto en su morbimortalidad e impacto en la calidad de vida de los hombres en México.

DEFINICIONES

El Crecimiento Prostático Obstructivo (CPO) (CIE 10. Hiperplasia de la próstata [N 40]) es el incremento en el tamaño y/o el número de células del estroma y el epitelio de la próstata, éste puede causar síntomas del tracto urinario bajo de vaciamiento o almacenamiento. Para considerarse como crecimiento prostático, un requisito es que la próstata sea mayor a 30 cc. El término hiperplasia prostática benigna normalmente empleado, debe reservarse en caso de análisis histopatológico. EL CPB se debe, la mayoría de las veces, a la proliferación del estroma y el epitelio, clínicamente se detecta por un crecimiento en el TR.

El Cáncer de Próstata (CIE 10, tumor maligno de la próstata [C61]), se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento, desarrollo y multiplicación celular con capacidad de invadir tejidos adyacentes y producir metástasis.

MARCO EPIDEMIOLÓGICO

En México, la prevalencia de CPB representa un problema de salud pública, como se registró en las estadísticas de la ENSANUT 2000, en la cual el 35% de los hombres mayores de 60 y más años, refirieron tener un diagnóstico médico previo de la enfermedad. Este antecedente es más frecuente a mayor edad. Cabe señalar que, de acuerdo a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2013 (SABE 2013), el 58.3% de los hombres de 60 a 74 años de edad, refirieron no realizarse examen de próstata, así como el 63.2% de los hombres de 75 y más. En 2015, se han registrado 82,057 casos nuevos de CPB por las diferentes instituciones de salud de los cuales el 72% son mayores de 60 años (SUIVE. DGE). Por otro lado, el Cáncer de Próstata (CaP) se considera uno de los problemas médicos más importantes de la población masculina. En el 2012, en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reporta a los tumores malignos como tercera causa de mortalidad en la población general entre los hombres, de éstos, el tumor maligno de próstata es el más común a partir del 2006, previo a este año, sólo era rebasado por tumor de tráquea, bronquios y pulmón. En el grupo de edad mayor de 65 años, este padecimiento siempre se ha reportado como el más frecuente. En el mundo, la incidencia anual del CaP es de 30.8 casos por cada 100,000 habitantes (total de 1,094,916 casos anuales) y se estima que esta enfermedad origina 307,481 muertes al año (Globocan 2012). Las últimas estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) mostraron que en México el CaP es la enfermedad neoplásica más incidente (24.5 casos por 100,000 habitantes) y la primera causa de muerte (11.1 por cada 100,000 habitantes) por enfermedad neoplásica en hombres. De acuerdo a estadísticas nacionales (DGIS, INEGI), en el año 2014 se reportaron 6,296 muertes por tumores malignos de la próstata y 780 defunciones por hiperplasia de la próstata.

FACTORES DE RIESGO

Existe poca relación entre cáncer prostático y carcinógenos industriales, tabaquismo, uso de alcohol, patrón de enfermedades, circuncisión, peso, estatura, grupo sanguíneo o distribución de pelo corporal; en forma similar, no se ha demostrado

relación entre la aparición de crecimiento prostático benigno y cáncer prostático.

Sin embargo, hay factores que están involucrados y juegan un papel primordial en el desarrollo de estas enfermedades, siendo la edad el factor más preponderante tanto en el crecimiento prostático benigno como en el cáncer prostático. Se han propuesto algunos factores de riesgo compartidos entre el crecimiento prostático benigno y el cáncer de próstata, entre ellos se encuentran la inflamación crónica de dicha glándula y factores metabólicos como son la hipertrigliceridemia, así como mecanismos fisiopatológicos compartidos como el efecto de factores de crecimiento.

FACTORES DE RIESGO PARA EL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO

Diferentes estudios han identificado asociaciones que sugieren factores de riesgo metabólicos para el desarrollo y la progresión a CPB, por ejemplo, un estudio longitudinal de envejecimiento, examinó la asociación entre el crecimiento prostático benigno y otros factores como la obesidad, la concentración de glucosa plasmática en ayuno, así como con diabetes. Este análisis mostró una correlación positiva del índice de masa corporal con el volumen de la próstata. El riesgo de presentar crecimiento prostático benigno, fue mayor en los hombres con obesidad. De la misma forma, la asociación entre la obesidad y el crecimiento prostático benigno ha sido apoyada por otros estudios. Además, las investigaciones han demostrado que los hombres diagnosticados con crecimiento prostático benigno, tienen una mayor incidencia de diabetes en comparación con la población general y cómo la diabetes está asociada con síntomas más severos. Una parte de la explicación, es que la diabetes podría ser la causa principal de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Sin embargo, dichos estudios sugieren que factores metabólicos pueden influir en el desarrollo y la progresión de STUI indirectamente, debido a crecimiento prostático benigno.

FACTORES DE RIESGO PARA CÁNCER DE PRÓSTATA

Los factores que determinan el riesgo de desarrollar CaP, no son bien conocidos, aunque tres

factores de riesgo han sido identificados: aumento de la edad, la etnia y la herencia. Hombres con un familiar de primera línea con CaP, presentan riesgo duplicado. Si dos o más familiares de primera línea se ven afectados con este tipo de cáncer, el riesgo aumenta de cinco a 11 veces. Alrededor del 9% de las personas con CaP, tienen verdadera herencia de este tipo de padecimiento, definido como tres o más familiares afectados o, al menos, dos que han desarrollado tempranamente la enfermedad (es decir, <55 años de edad).

Factores externos pueden desempeñar un papel etiológico importante en el CaP. Sin embargo, hay evidencia fisiológica limitada en la medida en que diferentes productos químicos exógenos pueden afectar a la glándula de la próstata. Se considera que hay poca evidencia de causalidad directa entre la exposición ocupacional con tóxicos y el CaP. Las ocupaciones y los agentes identificados como posibles factores de riesgo incluyen la agricultura, los pesticidas, el cadmio, la metalurgia, hidrocarburos aromáticos poli-cíclicos y la industria del caucho. En general, no hay ocupación o agente ocupacional para la que haya evidencia convincente de una asociación. Aunque parece que hay un riesgo ligeramente mayor entre los agricultores y los trabajadores de la metalurgia. Por lo tanto, se necesita más investigación para entender si ciertos productos químicos en el trabajo causan el CaP.

PROMOCIÓN PARA LA SALUD

El médico de las unidades del primer nivel de atención debe:

1. Informar a la población consultante sobre el CPB y el CaP, sus factores de riesgo, síntomas, complicaciones y las acciones de detección y diagnóstico disponibles en la unidad. De contar con recursos, otorgar material informativo.

El personal de salud de las unidades del primer nivel de atención debe:

1. Promover las acciones para reducir los factores de riesgo en población blanco que acuda a consulta.

2. Ofertar a población blanco los servicios de detección.
3. Debe otorgar consejería, con el fin de incrementar la capacidad de los pacientes renuentes para la toma de decisiones, basados en un proceso subsecuente de información que va de lo general a lo específico en referencia a la detección, el diagnóstico y el tratamiento (en qué consiste, sus alcances y limitaciones, así como los posibles efectos adversos).

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El crecimiento benigno de la próstata se origina anatómicamente en la zona de transición y en la zona periuretral de la glándula prostática.

El CPB se caracteriza histológicamente como un aumento progresivo de la glándula prostática resultante de un proceso proliferativo no maligno, incluye ambos elementos: epiteliales y estromales. Este es resultado del crecimiento a partir de la proliferación de fibroblastos, miofibroblastos y elementos glandulares epiteliales cerca de la uretra.

Esto ocurre generalmente en los hombres mayores de 60 años, como una segunda fase del crecimiento prostático benigno, e involucra un dramático incremento simultáneo en el tamaño glandular de los nódulos.

Cabe destacar que el tamaño absoluto de la glándula prostática, parece no estar relacionado de una forma directamente proporcional a la severidad de la sintomatología obstructiva.

Aunque el crecimiento prostático benigno comparte aspectos importantes en su fisiopatología y sus factores de riesgo con el cáncer de próstata, como son el crecimiento dependiente de hormonas, la respuesta a terapia androgénica, la inflamación crónica, la disrupción metabólica y distintas variaciones genéticas, aún no se ha demostrado una relación directa respecto a la progresión del crecimiento prostático benigno a cáncer de próstata y, por el contrario, se han publicado resultados que niegan dicha asociación. La evidencia científica indica que el principal factor de riesgo, además de la edad, son los factores heredo-familiares y evidentemente genéticos. Estudios epidemiológicos y genéticos han sugerido mayor riesgo de desarrollar

cáncer de próstata en población con ascendencia afroamericana.

Por su parte, el cáncer de próstata avanzado y el cáncer resistente a la castración, utiliza mecanismos moleculares para evadir la dependencia de andrógenos e incluso autosolventar la producción de los mismos.

CUADRO CLÍNICO

La presentación clínica del crecimiento de la glándula prostática y el tumor prostático, puede ocasionar síntomas de obstrucción urinaria, como son:

- Disminución del calibre y velocidad del flujo urinario.
- Vaciamiento incompleto de la vejiga.
- Nicturia.
- Goteo o escape de orina, principalmente después de la micción.
- Urgencia urinaria.
- Hematuria.
- Disfunción eréctil.
- Dolor óseo y fracturas patológicas (en metástasis ósea).
- Sintomatología de compresión medular (en metástasis vertebral avanzada).
- Sintomatología asociada a disfunción de la médula ósea (en metástasis ósea).

Una adecuada historia clínica, exploración física acompañada de estudios diagnósticos, deben orientar la práctica clínica del médico.

DETECCIÓN INTEGRAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)/CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA)

La detección oportuna debe ser ofertada y realizada por el personal de salud del primer nivel de atención, entre los pacientes que acudan a la unidad médica, independientemente del motivo de consulta, así como cuando se realicen campañas de detección en la comunidad.

El personal de salud, debe investigar la presencia de crecimiento prostático en pacientes con edad igual o mayor a 45 años, independientemente de

que se presenten o no, síntomas del tracto urinario inferior. Cuando exista carga genética para CaP por línea directa (abuelo, padre, hermanos), se debe realizar la valoración a partir de los 40 años de edad (Ver, flujograma 1).

La **detección integral** está compuesta por los siguientes elementos, que son complementarios y no excluyentes entre sí: **Cuestionario de Síntomas Prostáticos (CSP)**, **Tacto Rectal (TR)** y **Antígeno Prostático Específico (APE) cuantitativo**.

La valoración inicial debe realizarse con el CSP que se presenta en el Anexo 1.

La **medición de elección de APE, debe ser cuantitativa**, en casos específicos se permitirá el uso de APE cualitativo, para fines de tamizaje, considerando que se verificará resultado con APE cuantitativo, si el anterior fuese positivo.

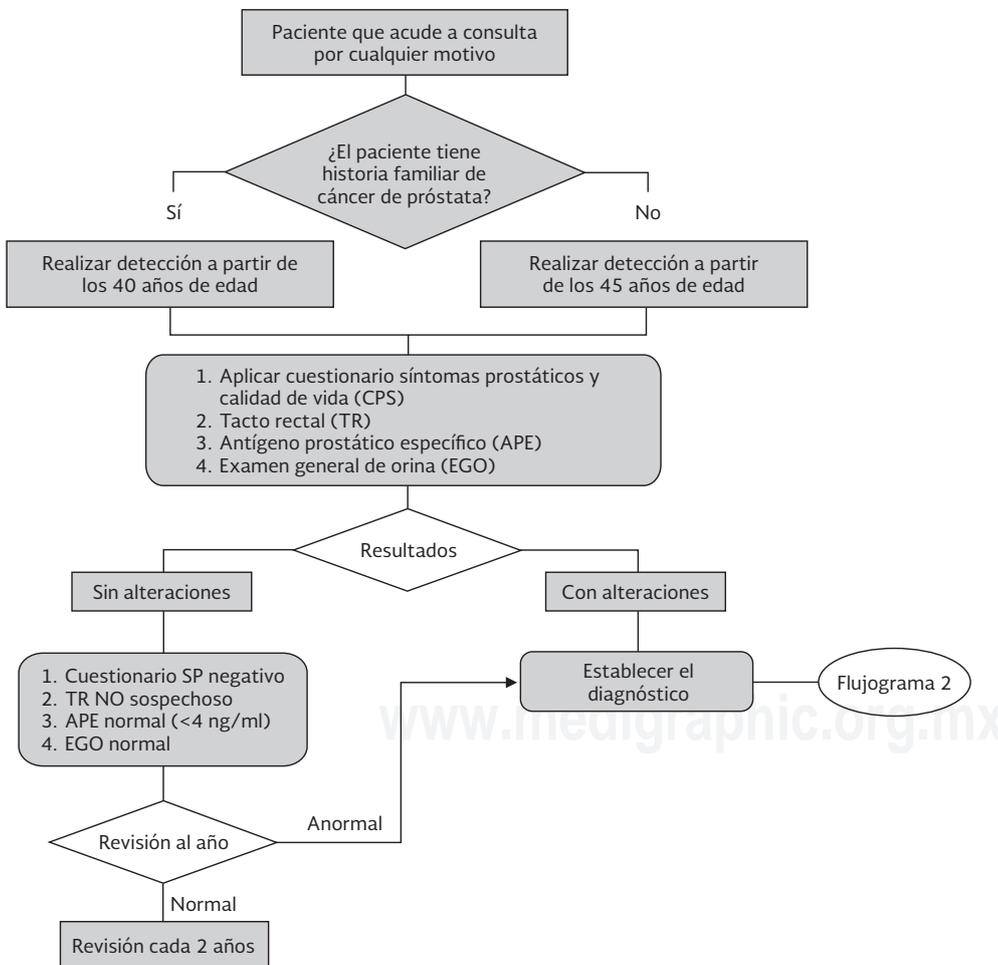
Si el paciente presenta síntomas o signos de infección urinaria, el médico debe solicitar Examen General de Orina (EGO) y dar tratamiento a la misma, antes de solicitar APE.

Cuando la detección integral (CSP, TR, APE) resulta negativa, se debe repetir al año y de ser negativa nuevamente en la segunda revisión, cada 2 años.

DEFINICIONES OPERATIVAS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD. SECRETARÍA DE SALUD

Se considera detección Integral **NEGATIVA** cuando se presentan:

- Cuestionario Síntomas Prostáticos normal (Puntuación cero).
- Tacto Rectal Normal.
- Antígeno Prostático Específico cuantitativo menor a 4 ng/ml.



Flujograma 1.

Detección Integral para el médico del primer nivel.

Con resultado NEGATIVO se debe repetir al año y de ser negativo nuevamente en la segunda revisión, se debe realizar cada 2 años

Se considera Detección Integral POSITIVA, cuando al menos uno de los parámetros presente alteración:

- Cuestionario Síntomas Prostáticos con:
Sintomatología leve: 1-7 puntos.
Sintomatología moderada: 8-19 puntos.
Sintomatología severa: 20-35 puntos.
- y/o Antígeno Prostático Específico cuantitativo igual o mayor a 4 ng/ml.
- y/o Tacto rectal anormal (crecimiento, nodulaciones o incremento en la consistencia).

DIAGNÓSTICO DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)

Si el paciente cuenta con datos positivos de patología prostática, se debe realizar la historia clínica completa con enfoque especial a la naturaleza y duración de los síntomas del tracto genitourinario, enfermedades concomitantes (diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular, entre otros), procedimientos quirúrgicos previos, en particular los que afectan al tracto urinario, condiciones generales de salud, historia sexual y medicamentos utilizados. El examen médico debe incluir:

- a. TR, que permita valorar las características físicas de la próstata: tamaño, consistencia, simetría, temperatura, nodulaciones y movilidad.
- b. Genitales externos, evaluar meato uretral (secreciones y estenosis uretrales), así como estado del prepucio (fimosis).
- c. Región suprapúbica, se evalúa en búsqueda de distensión vesical.
- d. Evaluación motora y sensitiva del periné y extremidades inferiores.

El APE cuantitativo o cualitativo en su defecto, es una prueba de tamizaje para detección de cáncer de próstata; sin embargo, no es una prueba diagnóstica; los pacientes con niveles elevados, requieren una aproximación diagnóstica más profunda de acuerdo al contexto clínico encontrado. El EGO,

es útil para descartar hematuria o infección del tracto urinario.

El médico debe hacer la correlación entre el CSP, hallazgos clínicos y exámenes de laboratorio para la evaluación y manejo.

Los pacientes con STUI, cuya clasificación sea leve y moderada de acuerdo al CSP, además de TR normal, crecimiento prostático no sospechoso (sin datos de induración, nódulos o consistencia pétrea), APE menor de 4 ng/ml, EGO con o sin alteraciones, deben ser atendidas por el médico de primer nivel de atención.

El médico de primer nivel inicialmente debe centrarse en el tratamiento conservador, contemplando el manejo de los factores modificables.

Los componentes del manejo conservador se enumeran enseguida:

- a. Consejería (acerca del padecimiento del paciente).
- b. Reafirmar que el cáncer no es la causa de los síntomas.
- c. Monitoreo continuo cada tres a seis meses dependiendo de los síntomas.
- d. Recomendar cambios hacia un estilo de vida saludable.
- e. Reducción de la ingesta de líquidos en determinados horarios, con la finalidad de disminuir la frecuencia de las micciones en periodos inconvenientes.
- f. Evitar o moderar el consumo de cafeína o alcohol, los cuales pueden tener efecto diurético e irritante, con lo que incrementaría la urgencia y frecuencia miccional, así como la nicturia.
- g. Reentrenamiento vesical que permita al paciente resistir el deseo de orinar al presentarse la urgencia.
- h. Revisar la medicación del paciente, que pudiera tener efecto en la micción, en particular diuréticos, antidepresivos, anticolinérgicos, entre otros.
- i. Si el tratamiento conservador disminuye la sintomatología y al aplicar nuevamente el cuestionario se reduce la puntuación, se debe continuar con la vigilancia estrecha y citarlo

a reevaluación en un año, repetir con CSP, TR y APE.

- j. Cuando el médico de primer nivel de atención, con el EGO y la química sanguínea (si fue solicitada según cuadro clínico del paciente), confirma la presencia de comorbilidades (diabetes mellitus, infección de vías urinarias, entre otros) debe otorgar el tratamiento o hacer la referencia oportuna.

Los pacientes con STUI leves a moderados (de acuerdo al CSP), que no responden al tratamiento inicial conservador, deben iniciar tratamiento farmacológico con alfa bloqueadores prescritos por el médico (Ver *Tabla 1*).

El médico debe revalorar a los tres meses, la respuesta al tratamiento farmacológico con CSP.

1. Si hay disminución de la puntuación del CSP, el médico debe revalorar al paciente cada seis meses con el cuestionario y de manera anual con APE y TR.
2. En caso de no haber disminución o presentar incremento de la puntuación del CSP, el médico debe referir al paciente a segundo nivel de atención.
3. Si el médico detecta en el paciente mediante el TR un crecimiento prostático sospechoso (induración, consistencia pétreo o nódulos), APE mayor o igual a 4 ng/ml, EGO con o sin alteraciones, se debe referir al segundo nivel de atención.
4. Cuando el resultado del APE cualitativo reporte resultados anormales (mayor o igual 4 ng/ml), el personal de salud debe solicitar APE cuantitativo, independientemente de la valoración de sintomatología prostática, ya sea leve, moderada o severa, el paciente debe ser referido al segundo nivel de atención para su valoración por el médico especialista.

(Revisar Flujograma 2)

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)

El médico de primer nivel en coordinación con el médico especialista, tiene la responsabilidad del

manejo integral del paciente (Flujograma 3); así como de registrar los datos adecuadamente en el expediente clínico correspondiente.

EVALUACIÓN GENERAL DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)

El médico especialista debe evaluar al paciente referido de manera integral, para la confirmación del diagnóstico, establecer un plan de manejo, así como valorar complicaciones asociadas a la patología de base.

La uroflujometría, uretrocistoscopia, uretrocistografía y ultrasonido (transabdominal o transrectal), son opcionales en el caso que el médico especialista decida escoger terapias invasivas de acuerdo al caso específico, previo consentimiento informado, particularmente si el pronóstico del estudio uroflujométrico modificará la elección de la intervención, o si el tamaño y configuración anatómica de la próstata tienen relevancia para las diferentes modalidades de tratamiento.

Si el paciente presenta hematuria, infección de la vía urinaria de repetición, cirugía del tracto urinario, la uretrocistografía e imagenología del tracto urinario superior (ultrasonido renal o urografía excretora), no son recomendados de manera inicial.

Si como parte de la evaluación del paciente, el médico especialista considera necesaria la toma de biopsia transrectal de próstata, ésta debe ser realizada por el urólogo o radiólogo.

Cuando el resultado histopatológico es compatible a CaP, el paciente se refiere al tercer nivel de atención para su evaluación y manejo.

Si el paciente presenta uropatía obstructiva y/o criterios de severidad (retención urinaria, hematuria persistente, litiasis urinaria, infección urinaria recurrente), debe ser informado por el médico especialista, de todas las alternativas disponibles y aceptables de tratamientos aplicables a su condición clínica, así como los beneficios, riesgos o falla de respuesta de cada modalidad de tratamiento.

El médico especialista debe informar y consensuar con el paciente, la elección del tratamiento que puede elegir entre un tratamiento conservador, terapia farmacológica o quirúrgica,

Tabla 1. Opciones farmacológicas en Crecimiento Prostático Benigno.

Nombre	Dosis	Con alimentos	Grupo farmacológico	Efectos secundarios/notas	Contraindicaciones
Tamsulosina	LP: 0.4 mg/24 h LM: 0.4-0.8 mg/24 h	✓	Bloqueador alfa adrenérgico; uro-selectivo	Disfunción eyaculatoria; rinitis; astenia ocasional	Hipotensión ortostática; insuficiencia hepática grave
Alfuzosina	10 mg/24 h	✓	Bloqueador alfa adrenérgico; uro-selectivo	Mareo; cefalea; astenia; menos efectos cardiovasculares (por su alta selectividad); menor disfunción eyaculatoria que tamsulosina	Hipotensión ortostática; insuficiencia renal grave o hepática grave; tratamiento con otros antagonistas alfa-1 adrenérgicos
Doxazosina	1 mg-8 mg/24 h		Bloqueador alfa adrenérgico; no uro-selectivo	Iniciar con dosis baja para evitar "síncopa de primera dosis"; mareo; taquicardia; hipotensión ortostática; cefalea; rinitis; astenia. Ajustar dosis gradualmente	Hipotensión e hipotensión ortostática; congestión del tracto urinario superior, infección urinaria crónica o cálculos en la vejiga
Terazosina	1 mg-20 mg/24 h por la noche		Bloqueador alfa adrenérgico; no uro-selectivo	Mismos que arriba	Hipotensión ortostática
Silodosina	4 mg-8 mg/24 h	✓	Bloqueador alfa adrenérgico; uro-selectivo	La más alta tasa de disfunción eyaculatoria (entre los bloqueadores alfa)	Uso concomitante de inhibidores potentes del citocromo P3A4 (ej.: ketoconazol, claritromicina, itraconazol, ritonavir); insuficiencia hepática severa; insuficiencia renal severa
Finasterida	5 mg/24 h		Inhibidor de la 5 α -reductasa (tipo 2)	Disminución de la libido; disminución del volumen eyaculatorio; disfunción eréctil; ginecomastia; sensibilidad mamaria. Respuesta lenta 3-6 meses. Puede reducir APE hasta en 50% en 6 meses	Insuficiencia hepática severa
Dutasterida	0.5 mg/24 h		Inhibidor de la 5 α -reductasa (tipo 1 y 2)	Mismos que arriba. Uso aprobado solo o en combinación con tamsulosina	Insuficiencia hepática severa
Tadalafil	5 mg/24 h		Inhibidor de la fosfodiesterasa 5	Cefalea; dispepsia; dolor de espalda; congestión nasal; útil como monoterapia en próstatas de poco tamaño o en combinación con inhibidores de la 5 α -reductasa para tratar síntomas de la micción y disfunción eréctil	Angina de esfuerzo; angina inestable; hipotensión; ictus; infarto agudo de miocardio; insuficiencia cardíaca; pacientes en tratamiento con nitratos (por efecto sumatorio hipotensor)

LP=liberación prolongada; LM=liberación modificada.

así como conocer los riesgos y beneficios de cada uno de éstos.

En caso de que el paciente solicite una segunda opinión, se deben otorgar las facilidades para la misma.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y QUIRÚRGICO

El espectro de medicamentos y terapias quirúrgicas que se pueden utilizar para CPB, en segundo y tercer nivel de atención, es amplio y, por consiguiente, deberán ser tomados en cuenta para el tratamiento del paciente. Si el paciente no es candidato a cirugía o no acepta dicho procedimiento, el médico especialista debe continuar con terapia conservadora o farmacológica, según sus características clínicas y

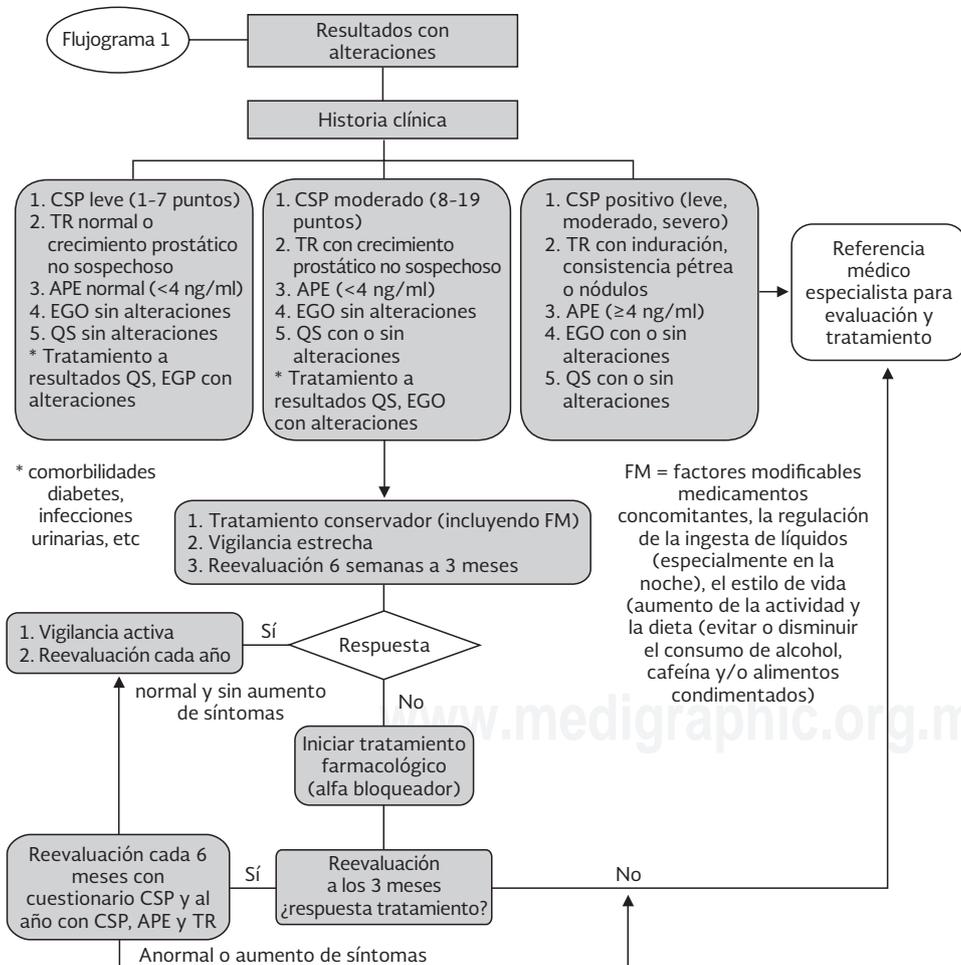
podrá ser contrarreferido al médico de primer contacto para vigilancia estrecha y se establece cita abierta.

En caso de complicaciones médicas que no puedan ser atendidas en dicha unidad, los pacientes deben ser enviados a otra con mayor capacidad resolutive y mayor tecnología.

El CPB puede ser tratado por medios quirúrgicos. A continuación, se enlistan los procedimientos más utilizados en la práctica clínica (Ver *Tabla 2*).

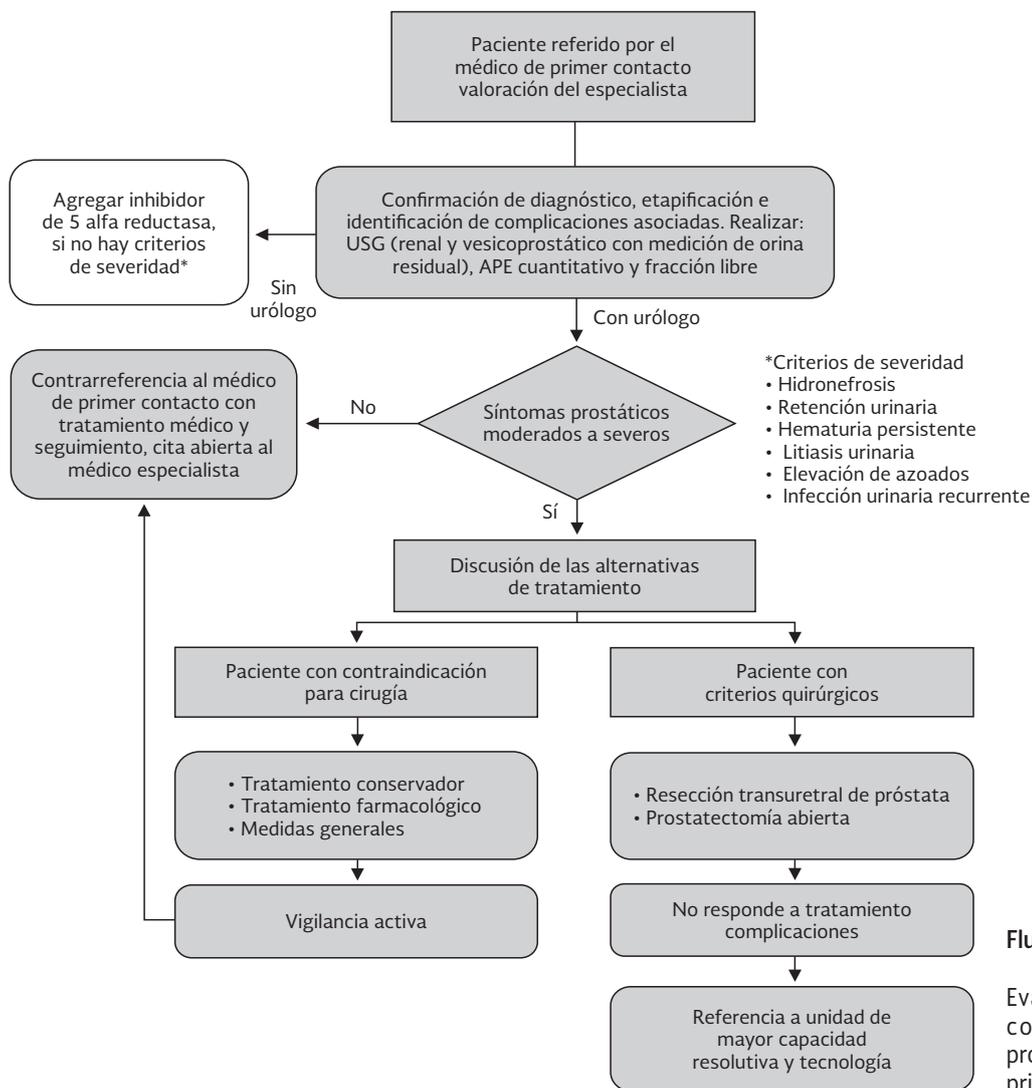
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA)

El diagnóstico clínico se basa en la sospecha clínica sintomatológica. Los principales instrumentos diagnósticos para obtener indicios de CaP, son el tacto rectal realizado por el personal médico, la con-



Flujograma 2.

Evaluación y manejo del paciente con Sospecha de Crecimiento Prostático Benigno por el médico de primer nivel.



Flujograma 3.

Evaluación y manejo del paciente con sospecha de crecimiento prostático benigno por el médico de primer nivel.

Tabla 2. Procedimientos más utilizados.

Terapias quirúrgicas

- Resección transuretral de próstata (RTUP)
- Ablación de aguja transuretral (TUNA)
- Termoterapia de microondas transuretral (TUMT)
- Electrovaporización transuretral de la próstata (ETP)
- Ablación de la próstata transuretral con láser holmium (HoLAP)
- Enucleación de la próstata transuretral con láser holmium (HoLEP)
- Ablación con láser visual (VLAP)
- Incisión transuretral de la próstata
- Prostatectomía abierta

centración sérica de APE realizado en el laboratorio de análisis clínicos; sin embargo, estos datos clínicos no son específicos y pueden confundirse con CPB o prostatitis, por lo que el resultado debe tomarse con cautela y siempre debe llevarse una minuciosa correlación clínica. La mayor parte de los cánceres de próstata, se localizan en la zona periférica de la próstata y pueden detectarse mediante TR cuando el volumen es de unos 0.2 ml o mayor.

Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata, independientemente de la concentración del APE.

El médico tiene que tomar en cuenta que, el APE tiene especificidad de órgano, pero no especificidad

de enfermedad. La concentración de APE, es un parámetro continuo, cuanto mayor es el valor, más probabilidades hay de que exista un cáncer de próstata. Aunque no hay un valor umbral o límite superior aceptado de forma universal, se considera que cuando el valor es mayor a 4 ng/ml, se debe valorar la realización de biopsia transrectal de próstata por el médico especialista.

En pacientes con APE entre 4-10 ng/ml (zona gris) en quienes exista duda sobre la presencia de cáncer de próstata, existen otras formas de evaluación del APE por médico especialista:

El cociente de APE libre/total (APE l/t) es un valor ampliamente utilizado en la práctica clínica para diferenciar entre CPB y cáncer de próstata, siendo normal un valor mayor al 25%, valores inferiores al 10% incrementan las posibilidades de CaP.

La velocidad del APE (V-APE), que es el incremento anual absoluto del APE, siendo normal menor de 0.75 ng/ml/año o de 0.35 ng/ml/año con uso de inhibidores de 5 alfa reductasa.

El tiempo de duplicación del APE (TD-APE) que mide el aumento exponencial del APE sérico a lo largo del tiempo.

El gen específico de cáncer de próstata (PCA3), marcador de ARNm no codificador específico de la próstata. Se mide en el sedimento de orina obtenido después de un masaje prostático por personal médico. Ofrece como ventajas mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico.

Cuando el médico detecte valores de APE entre 4-10 ng/ml, debe comprobar el valor de APE cuantitativo en cuatro semanas en condiciones normales (sin eyaculación o manipulación, como sondaje, cistoscopia o resección transuretral y sin infección urinaria) y de ser así, debe evaluar APE libre/total, V-APE y TD-APE, previamente mencionadas.

El diagnóstico definitivo de cáncer de próstata se hace mediante estudio histopatológico por parte del patólogo, y se basa en la presencia de las células neoplásicas en muestras de biopsia de próstata o piezas quirúrgicas. El médico especialista (urólogo) debe indicar una biopsia de próstata, dependiendo de la concentración de APE cuantitativo, un TR sospechoso o ambos.

El examen histopatológico, permite la gradación del tumor en función del grado de diferenciación celular (suma de Gleason). La puntuación es la suma del grado predominante y el segundo grado predominante y ambos deberán indicarse por el médico patólogo.

El médico especialista (urólogo o radiólogo) debe realizar la biopsia de próstata transrectal (BTR), guiada por ultrasonido bajo sedación, con valoración prequirúrgica o con la administración de anestesia local.

Se deben valorar las indicaciones de las biopsias de repetición, que son: la elevación del APE o APE persistentemente elevado, TR sospechoso o un diagnóstico en biopsia previa de proliferación microacinar atípica (ASAP). El momento óptimo para repetir la biopsia, dependerá del resultado histológico previo y de una alta sospecha persistente de cáncer.

Si se tiene sospecha clínica de cáncer de próstata, a pesar de biopsias de próstata negativas, el médico debe valorar el uso de resonancia magnética (RM) de próstata para detectar áreas sospechosas de cáncer de próstata; de ser así, el médico especialista debe realizar biopsia guiada por RM de la región.

El médico especialista debe dar profilaxis antimicrobiana vía oral o intravenosa. Se debe informar al paciente de las complicaciones por biopsias, entre las cuales figuran rectorragia, fiebre, retención urinaria, macrohematuria y hematospermia. Algunas complicaciones graves, se pueden presentar en 1% de los casos entre las cuales destaca la sepsis.

HISTOPATOLOGÍA

El carcinoma prostático tiene su origen principalmente en células glandulares, siendo el adenocarcinoma el tipo histológico más común, arriba del 95% de los casos. Dichos adenocarcinomas frecuentemente son multifocales y con variados tipos de patrones de diferenciación celular. La neoplasia intraepitelial prostática ([NIP], células epiteliales atípicas no invasivas que encuentran entre acinos benignos) puede encontrarse frecuentemente en asociación con el adenocarcinoma prostático. Además, el NIP se subdivide en neoplasia de alto y de bajo grado. Se

considera que la neoplasia intraepitelial neoplásica de alto grado podría ser precursora del adenocarcinoma prostático. El resto de los tumores con una menor prevalencia incluyen tumores de células pequeñas, carcinoma acinar intralobular, carcinoma ductal, carcinoma de células claras, carcinoma mucinoso y carcinomas con diferenciación neuroepitelial.

ESTADIFICACIÓN

La estadificación clínica del paciente la debe realizar el médico a través del TR, niveles de APE y escala de Gleason. Para estadificar el cáncer de próstata con metástasis o enfermedad avanzada se deben evaluar: pruebas de función hepática, tele de tórax, tomografía o resonancia magnética de abdomen, gammagrama óseo, tomografía de cráneo o PET/CT. Una vez establecida la extensión clínica del tumor, se clasifica de acuerdo al TNM para cáncer de próstata.

PUNTUACIÓN GLEASON

El grado histológico del adenocarcinoma de la próstata es comúnmente reportado con el sistema de puntuación Gleason. El objetivo es clasificar el grado de diferenciación del tumor utilizando

puntuaciones que van del 1 (bien diferenciado) al 5 (indiferenciado). La puntuación de Gleason se calcula con base en el grado histológico predominante y otro no predominante. El segundo valor debe extenderse por al menos el 5% del tumor. Clásicamente, la puntuación Gleason va del 2 al 10, y se obtiene de sumar la puntuación del patrón más prevalente, más el grado de diferenciación del patrón menos diferenciado en la muestra histopatológica. Debido a que hay evidencia de que el grado menos diferenciado del tumor puede tener valor pronóstico de la enfermedad, la puntuación de Gleason debe de reportarse describiendo cada uno de sus componentes (por ejemplo, puntuación Gleason 3 + 4 = 7). En caso de que el tumor tenga un patrón homogéneo, el valor del único grado de diferenciación debe duplicarse (por ejemplo, puntuación Gleason 3 + 3 = 6) (Tabla 3).

Finalmente, el puntaje de Gleason puede subclasificar a la enfermedad neoplásica maligna en:

CLASIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Actualmente la clasificación TNM (establecida por la American Joint Committee on Cancer, AJCC)

Tabla 3. Puntaje de Gleason.

Puntaje	Grado	Descripción
Gleason ≤6	Grado 1	Sólo glándulas individuales discretas bien formadas
Gleason 3 + 4 = 7	Grado 2	Glándulas predominantemente bien formadas con un componente menor de glándulas malformadas/ fusionadas/cribiformes
Gleason 4 + 3 = 7	Grado 3	Glándulas predominantemente mal formadas/fusionadas (cribiformes con un componente menor de glándulas bien formadas*
Gleason 8	Grado 4	Sólo glándulas mal formadas/fusionadas/cribiformes o Glándulas predominantemente bien formadas con un componente menor que carecen de glándulas **o Predominantemente carecen de glándulas con un componente menor de glándulas bien formadas**
Gleason 9 – 10	Grado 5	Carece de formación de glándulas (o con necrosis) con o sin glándulas mal formadas/ fusionadas/cribiformes*

* Para los casos con >95% de glándulas mal formadas/fusionadas/cribiformes o falta de glándulas en un núcleo o en Prostatectomía Radical, el componente de <5% de glándulas bien formadas no se tiene en cuenta en el grado.

** Las glándulas mal formadas/fusionadas/cribiformes también pueden ser un componente menor.

está ampliamente aceptada y es utilizada para clasificar el estadio de ésta y otras enfermedades neoplásicas. Además, esta clasificación sirve para orientar las decisiones terapéuticas y dilucidar el pronóstico de dicha enfermedad. Ésta clasificación se basa en estadificar tres rubros que a su vez se subdividen. La clasificación TNM describe a la enfermedad neoplásica de acuerdo a: tamaño del tumor y la extensión anatómica del tumor (T), presencia o ausencia tumoral en ganglios linfáticos (N) y presencia o ausencia de metástasis a distancia (M).

La clasificación para CaP TNM describe los diferentes estadios en la clasificación TNM (Ver *Tabla 4*).

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA)

Tratamiento conservador, se refiere a la vigilancia expectante en determinados pacientes, que por sus comorbilidades y esperanza de vida, no son candidatos a tratamiento radical y aquellos que reciben sólo tratamiento paliativo. Cuando el paciente no se considere candidato por presentar comorbilidades, estado clínico o edad avanzada (> 75 años). La vigilancia activa está a cargo del médico urólogo, e incluye la determinación de APE cada seis meses, un TR cada 12 meses y repetir biopsia prostática anual.

Tabla 4. Clasificación para CaP TNM 2009.

T. Tumor Primario	
Tx	Tumor no evaluable
T0	Sin evidencia de tumor
T1	Sin evidencia clínica de tumor. Ni palpable ni por imagen
T1a	Tumor incidental en menos del 5% del tejido reseado (RTUP)
T1b	Tumor incidental en más del 5% del tejido reseado (RTUP)
T1c	Tumor diagnosticado por biopsia transrectal de próstata (sólo por APE elevado)
T2	Tumor confinado a la próstata (nódulo palpable)
T2a	Tumor involucra menos del 50% de un lóbulo
T2b	Tumor involucra más del 50% de un lóbulo
T2c	Tumor involucra ambos lóbulos
T3	Tumor se extiende más allá de la cápsula
T3a	Extensión extracapsular (unilateral o bilateral) incluyendo el cuello vesical
T3b	Tumor invade vesículas seminales
T4	Tumor fijo o invade estructuras adyacentes (esfínter externo, recto, músculo elevador del ano y/o pared pélvica)
N. Ganglios regionales	
Nx	No se puede evaluar
N0	Sin evidencia de ganglios regionales
N1	Ganglios linfáticos regionales
M. Metástasis a distancia	
Mx	No se pueden evaluar metástasis a distancia
M0	Sin evidencia de metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia
M1a	Ganglios linfáticos no regionales
M1b	Hueso
M1c	Otros sitios

El médico urólogo debe tomar en cuenta los criterios de elegibilidad para la vigilancia activa, los cuales son:

- a. Cáncer clínicamente confinado (cT1-cT2).
- b. Gleason < 7.
- c. APE cuantitativo menor 10-15 ng/m.
- d. Cáncer de bajo volumen: menos de 2 cilindros positivos o menor 50% de cáncer en cada biopsia.
- e. El médico debe considerar la vigilancia activa en pacientes de cáncer de próstata de bajo riesgo; en riesgo intermedio debe discutirse con el paciente, y no se recomienda en alto riesgo.
- f. La vigilancia expectante puede ser ofrecida a todos los pacientes que no deseen aceptar los efectos adversos del tratamiento activo, particularmente en pacientes con baja expectativa de vida y comorbilidades del paciente, que contraindiquen un tratamiento radical. El inicio de algún tratamiento paliativo debe de estar basado en los síntomas del paciente.

El tratamiento radical es el tratamiento quirúrgico que ofrece un beneficio al paciente con cáncer de próstata con la potencial curación, en pacientes en quienes el cáncer está clínicamente confinado a la próstata.

Prostatectomía radical (PR), consiste en la resección quirúrgica (abierta, laparoscópica o robótica) de la glándula prostática, con las vesículas seminales y linfadenectomía pélvica bilateral cuando esté indicada según la estadificación del paciente.

- a. cT1a y cT1b. El médico debe valorar la realización de prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata clínicamente confinado a la próstata. La decisión de tratar los cánceres de próstata en estadio cT1a y cT1b se debe de tomar con base en la expectativa de vida (>10 años) comparado con los riesgos de cada terapia y el potencial beneficio de curación. Se debe de considerar tratar aquellos con tumores poco diferenciados.
- b. cT1c y cT2a. El médico urólogo debe valorar la realización de prostatectomía radical de acuerdo a las condiciones del paciente.

- c. En pacientes con cáncer T2a con una esperanza de vida de 10 años, la PR es el tratamiento recomendado, ya que disminuye el riesgo de progresión de la enfermedad.
- d. En tumores de bajo riesgo la linfadenectomía pélvica extendida no es parte rutinaria de la PR, porque la probabilidad de metástasis linfáticas es baja.
- e. La PR es el tratamiento de elección por el médico urólogo, en pacientes de riesgo intermedio, siempre que tengan una esperanza de vida >10 años.
- f. La PR está indicada en pacientes de alto riesgo por el médico urólogo, cuando los tumores no estén fijos a la pared pélvica y no exista invasión al esfínter uretral (cT4).
- g. La PR es un primer paso dentro de un abordaje multimodal que incluye radioterapia adyuvante con o sin hormonoterapia, a cargo del especialista.
- h. El especialista debe realizar linfadenectomía extendida en todos los pacientes de alto riesgo.
- i. Para la realización de la linfadenectomía pélvica el urólogo deberá valorar, dependiendo del grupo de riesgo del paciente con cáncer de próstata.

Radioterapia

- a. El médico especialista debe tomar en cuenta que la radioterapia externa, es una de las principales opciones de tratamiento para el cáncer de próstata clínicamente localizado, ya que, en comparación con la cirugía, ofrece resultados similares en términos de supervivencia global y libre de progresión en pacientes de bajo riesgo.
- b. El médico especialista debe valorar la indicación de radioterapia externa, que se puede ofrecer a pacientes de bajo riesgo con comorbilidades que contraindiquen el procedimiento quirúrgico (coagulopatía, cardiopatías) o que no acepten la cirugía. También está indicada, como terapia adyuvante, en aquellos pacientes tratados con PR en quienes se detecten factores adversos en la pieza quirúrgica (márgenes positivos y/o estadio patológico pT3a o mayor).

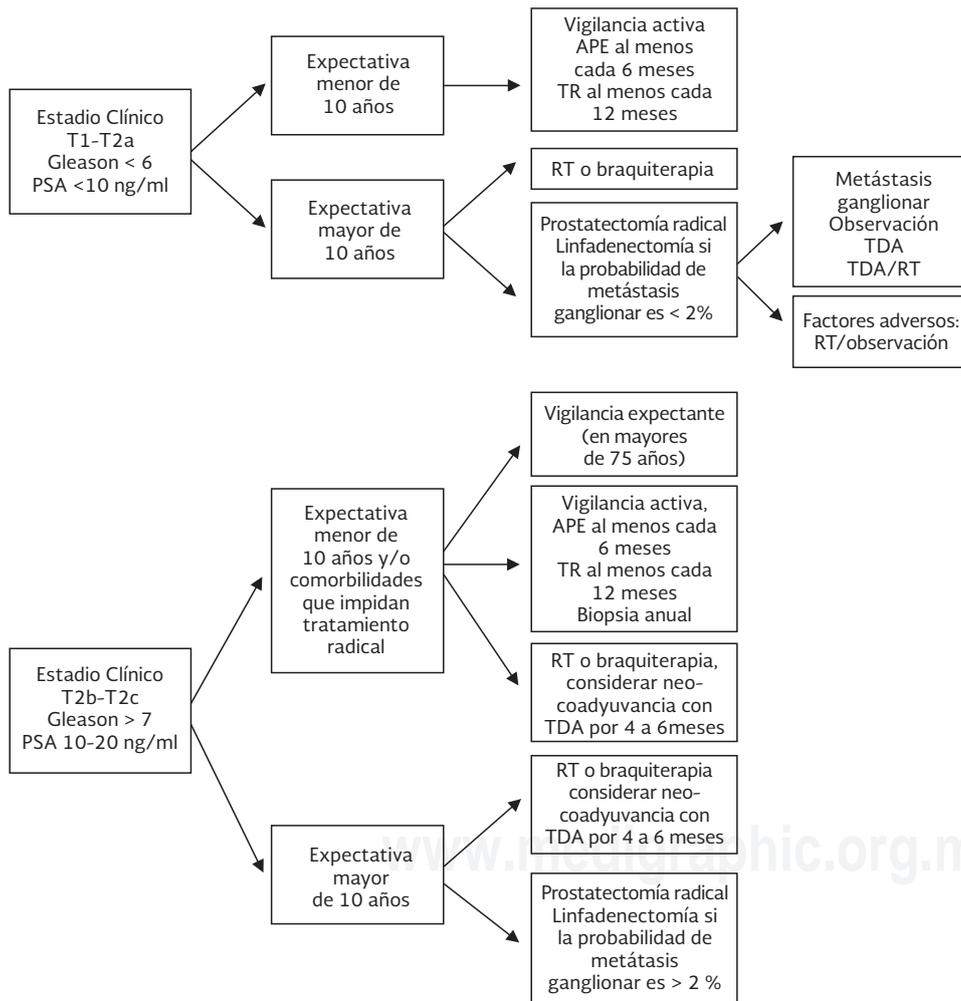
- c. El médico especialista debe valorar la indicación de braquiterapia que es otra modalidad de radiación, que se da con el uso de semillas radioactivas implantadas en forma permanente dentro de la próstata por vía perineal. Esta técnica requiere el uso de ultrasonido transrectal multiplanar con mapeo (Algoritmo 1).

- a. Tratamiento del cáncer de próstata hormonosensible.
 - Hormonoterapia.
 - El cáncer avanzado (metastásico), corresponde a la Etapa IV del Sistema Internacional TNM y se divide en:
 - a. Cáncer hormonosensible.
 - b. Cáncer resistente a la castración.

TIPOS DE RECURRENCIA

El médico urólogo debe detectar la recurrencia de la enfermedad, de acuerdo a los criterios de la misma, así como las alternativas terapéuticas especificadas a continuación:

El médico especialista debe ofrecer hormonoterapia o terapia de deprivación androgénica (ADT), la cual puede lograrse mediante la castración quirúrgica (OSB, orquiectomía simple bilateral), con el uso de agonistas o antagonistas de LHRH, las cuales tienen la misma eficacia. Los pacientes con



Algoritmo 1.

Algoritmo de tratamiento en enfermedad localizada.

TDA: El personal que realice los procedimientos quirúrgicos, deberá contar con el entrenamiento indicado. Los procedimientos se llevarán a cabo siempre y cuando se cuente con los recursos humanos y materiales apropiados.

Tabla 5. Tratamiento farmacológico de Cáncer de Próstata con resistencia a la castración.		
Nombre	Tipo de tratamiento	Sitio específico de acción
Grupo farmacológico		
ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA		
Leuprolerina	Bloqueo hormonal	Glándula pituitaria
Goserelina	Bloqueo hormonal	Glándula pituitaria
Buserelina	Bloqueo hormonal	Glándula pituitaria
ANTAGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA		
Degarelix	Bloqueo hormonal	Glándula pituitaria
Abarelix	Bloqueo hormonal	Glándula pituitaria
ANTIANDRÓGENOS		
Ciproterona	Bloqueo hormonal	Glándula prostática
Bicalutamida	Bloqueo hormonal	Glándula prostática
Flutamida	Bloqueo hormonal	Glándula prostática
Nilatumida	Bloqueo hormonal	Glándula prostática
Enzalutamida	Bloqueo hormonal	Glándula prostática
INHIBIDORES DE LA CYP17A		
Abiraterona	Bloqueo hormonal	Glándula adrenal, testículo y células neoplásicas
ANTAGONISTAS DE LA TESTOSTERONA		
Dietilestilbestrol	Estrógeno sintético	Sistémico
ACCIÓN MIXTA		
Estramustina	Quimioterapia	Inhibidores de la formación de microtúbulos
Ketoconazol*	Bloqueo hormonal	Inhibidor no selectivo de la esteroidogénesis. Antifúngico
Mitoxantrona	Quimioterapia	No se conoce
TAXANOS		
Docetaxel	Quimioterapia	Se une a la tubulina β libre, inhibiendo la dinámica normal de microtúbulos e inhibiendo mitosis
Cabazitaxel	Quimioterapia	Interrupción de la red microtubular de las células. Se une a la tubulina de los microtúbulos de las células cancerosas
RADIOFÁRMACOS ALFA		
Radium 223	Radiofármaco	Metástasis óseas
RADIOFÁRMACOS BETA		
Estroncio 89	Radioterapia sistémica	Metástasis óseas
Samario 153	Radioterapia sistémica	Metástasis óseas
INMUNOTERAPIA		
Sipuleucel-T	Inmunoterapia	Activación de linfocitos T específicos contra fosfatasa ácida prostática
BIOLÓGICOS MONOCLONALES		
Denosumab	Terapia biológica	Inhibe la activación del receptor RANK por medio de la inhibición de su ligando. Inhibe la resorción ósea
BIFOSFONATOS		
Ácido Zoledrónico	Bifosfonato	Inhibición de resorción osteoclástica y promueve la apoptosis de osteoclastos

metástasis, que se encuentran en riesgo de desarrollar sintomatología asociada con la liberación de testosterona con el uso de análogos de LHRH (efecto llamarada), el médico especialista debe administrar antiandrógeno en los siete días previos a la administración de agonista de LHRH.

- Debe valorar el uso de antagonistas de LHRH, que se caracterizan por una inhibición rápida de la liberación de andrógenos. Debido a ello, no existe la necesidad de administrar un antiandrógeno.
- Debe valorar el bloqueo androgénico, que puede ser en monoterapia (con análogos LHRH o antagonistas GnRH) o combinado (con antiandrógeno), administrándose en forma continua o intermitente.
- El médico especialista debe valorar el inicio de fármacos dirigidos a mejorar la salud ósea durante el tratamiento hormonal de cáncer de próstata, ya que debe tomar en cuenta que el bloqueo hormonal incrementa el riesgo de fracturas óseas no ocasionadas por metástasis, debido a un incremento en la reabsorción ósea y a disminución en la densidad mineral ósea. Existen dos grupos farmacológicos para prevenir complicaciones óseas, la cual ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados: bifosfonatos y anticuerpos monoclonales.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

El médico especialista debe tomar en cuenta los criterios que definen resistencia a la castración:

- Concentración sérica de testosterona en niveles de castración (testosterona menor a 50 ng/dL ó menor a 1,7 nmol/L) y cualquiera de las dos condiciones (o ambas):
 - a. Progresión del APE, a pesar de manipulaciones hormonales consecutivas. La progresión está definida como tres aumentos consecutivos de APE, con una semana de diferencia, que dan lugar a dos incrementos del 50% con respecto al nadir, con APE mayor a 2 ng/ml.
 - b. La aparición de dos o más nuevas lesiones metastásicas de hueso en estudios de imagenología o aumento de las lesiones de tejido blando usando los criterios RECIST.

CRITERIOS DE CASTRACIÓN

El médico urólogo debe valorar los tratamientos en pacientes con cáncer de próstata con resistencia a la castración (Ver *Tabla 5*):

- a. Reajuste de manipulación hormonal.
- b. Inhibidores selectivos de la enzima CYP17A en sus funciones 17 α hidroxilasa/C17, 20 liasa.
- c. Bloqueadores de unión al receptor androgénico/con acción nuclear.
- d. Citotóxicos asociados a esteroides.
- e. Taxanos.
- f. Inmunoterapia.
- g. Vacunas recombinantes.
- h. Alfa y beta radionúclidos.
- i. Alfa emisores.
- j. Beta emisores.

ANEXO 1. ANVERSO.







CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PROSTÁTICOS

Instructivo: El cuestionario se aplicará a todo paciente masculino mayor de 40 años, con antecedentes familiares de cáncer prostático o de mama. Y a partir de los 45 años a quienes no tengan estos antecedentes. En primera instancia será llenado por el paciente, en caso de tener problemas para hacerlo, deberá ser apoyado por el personal de salud.

Fecha: ___/___/___ Nombre: _____ Edad: ___ F.Nac. ___/___/___
 Edo.Nac.: _____ Domicilio paciente-calle: _____ N°ext: _____ N°int: _____ Estado: _____
 Mpio./Deleg.: _____ Col: _____ Localidad: _____ C.P. _____
 Jurisdicción: _____ Teléfono: _____ ¿Cuenta con seguridad social? Sí No
 IMSS ISSSTE Seguro Popular Otro: _____ Unidad de Salud que registra: _____

¿TIENE PROBLEMAS CON SU PRÓSTATA Y NO LO SABE?
 Este cuestionario permite identificar, si usted tiene algún posible trastorno en su próstata basado en su forma de orinar.
 En las ocho preguntas siguientes, marque con una X en la columna correspondiente su respuesta.

Pregunta	Nunca	Una vez de cada cinco	Menos de la mitad de las veces	La mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
1. Vaciamiento incompleto: Durante el último mes ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. Frecuencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia debió orinar nuevamente en menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. Intermitencia: Durante el último mes ¿con qué frecuencia descubrió que al orinar se detenía y comenzaba nuevamente?	0	1	2	3	4	5
4. Urgencia: Durante el último mes ¿cuántas veces le resultó difícil demorar la micción?	0	1	2	3	4	5
5. Chorro débil: Durante el último mes ¿cuántas veces ha tenido un chorro urinario débil?	0	1	2	3	4	5
6. Esfuerzo: Durante el último mes ¿cuántas veces tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. Nocturia: Durante el último mes ¿cuántas veces se ha levantado habitualmente para orinar desde que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Adaptado de la escala internacional de sintomatología prostática (I-PSS) Sume los números correspondientes a cada una de sus respuestas y anote la calificación obtenida en la siguiente casilla:

Valoración: 0 Normal
 1-7 sintomatología leve
 8-19 sintomatología moderada
 Arriba de 20 sintomatología severa

“Entregue este cuestionario al personal de salud para que le informen y orienten sobre qué debe hacer”

8. "Calidad de vida según sus síntomas urinarios"
 Si Ud. tuviera que pasar el resto de su vida orinando como lo está haciendo ahora: ¿cómo se sentiría al respecto?

Encantado	Contento	Más bien satisfecho	Indiferente	Más bien insatisfecho	Mal	Muy mal
0	1	2	3	4	5	6

Índice de calidad de vida =

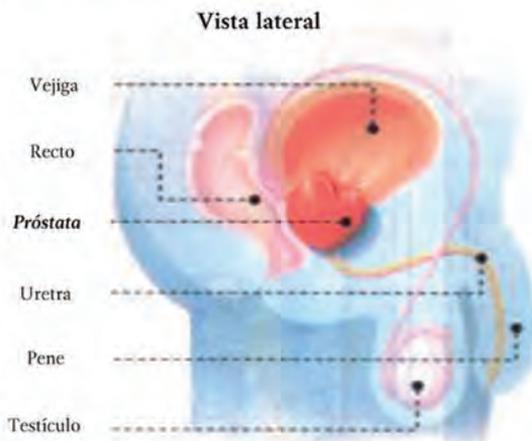
Resultado del examen Clínico. Tacto Rectal		Resultado del Antígeno Prostático Específico (APE)		Inicia tratamiento de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB)		Referencia a:	
SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Negativo <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Cuantitativo <input type="checkbox"/> _____ ng/ml	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Finasterida <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>	Oncología <input type="checkbox"/>	Defunción <input type="checkbox"/> Emigró <input type="checkbox"/> Falta de Capacitación <input type="checkbox"/>
Sospechoso <input type="checkbox"/>	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Cualitativo <input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Tamsulosina <input type="checkbox"/> Tolterodina <input type="checkbox"/> FECHA _____	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se extravió <input type="checkbox"/>	Urología y otro <input type="checkbox"/>	Falta de Insumos <input type="checkbox"/> Renuencia <input type="checkbox"/> Se Extravió <input type="checkbox"/>
FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>		PENDIENTE <input type="checkbox"/> NO REQUIERE <input type="checkbox"/>		FECHA _____ PENDIENTE <input type="checkbox"/>	

ANEXO 1. REVERSO.

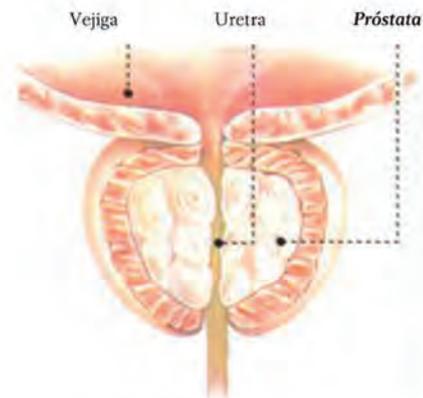
CRECIMIENTO DE LA PRÓSTATA

La próstata, es una glándula normalmente del tamaño de una nuez. Se localiza debajo de la vejiga rodeando a la uretra, que es el conducto por el cual sale la orina; con la edad esta glándula se hace más grande.

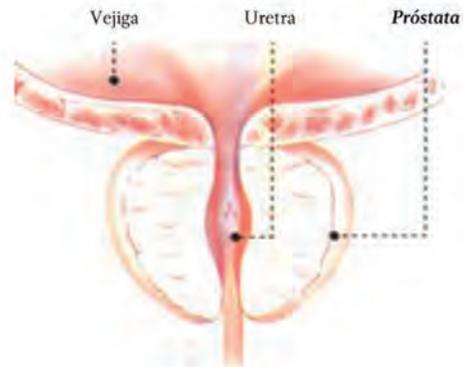
El crecimiento de la próstata se presenta después de los 45 años y puede dificultar la salida de orina.



Próstata crecida con obstrucción de uretra (vista frontal)



Próstata sana (vista frontal)



El crecimiento de la próstata es uno de los problemas de salud más importantes en los adultos, al causar molestias urinarias principalmente en la noche, afectando significativamente la calidad de vida.

Esta dificultad puede ocasionar que la vejiga no se vacíe totalmente provocando problemas más serios.

SÍNTOMAS DEL CRECIMIENTO PROSTÁTICO

- Necesidad urgente de orinar.
- Dificultad al empezar a orinar.
- Aumento en el número de veces que orina durante 24 horas.
- Disminución del calibre y la fuerza del chorro de la orina.
- Terminar de orinar por goteo.

Fuente: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica [CENAVE]. (2001). Guía de Consulta para el Médico General: Hiperplasia Prostática Benigna (HPB).

LISTADO DE AUTORES DE LA GUÍA

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Secretaría de Salud. (Lozano-Dávila ME; Calleja-Olvera JA; Fernández-García BE); Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud (Barrón-López ED); Departamento de Ambientes Saludables. Dirección General de Promoción de la Salud. Secretaría de Salud (López-Aburto C; Casillas-Álvarez O); Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud (Vega-Saldaña A); Coordinación de Atención Integral a la Salud en el Primer nivel Instituto Mexicano del Seguro Social. (Díaz-Hernández A); Coordinación de Atención Integral en 2° nivel. Instituto Mexicano del Seguro Social. (Herrera-Vázquez O; Rodríguez-Torres IA); PROSPERA. Instituto Mexicano del Seguro Social. (Saldaña-Robles JJ; Olvera-Álvarez J); Servicio de Urología del Centro Médico Nacional

“20 de Noviembre”. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (Botello-Gómez P; Cortez-Betancourt R); Hospital Naval de Alta Especialidad. Secretaría de Marina (López-Reyes F); Hospital Central Sur de Alta Especialidad. Petróleos Mexicanos (López Conde Carro LR); Instituto Nacional de Cancerología. Secretaría de Salud. (Martínez-Cervera PF); Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”. Secretaría de Salud. (Manzanilla-García HA); Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud (Torres-Aguilar J; Ramírez-Ramírez A); Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubiran” (Rodríguez-Covarrubias FT); Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (D’Hyver de las Deses C; Leyva-González FA); Iniciativa privada (Carreño De la Rosa F; Álvarez-Albarrán JA).

Aspectos socioculturales relacionados con la diabetes: Un análisis cualitativo

Socio cultural aspects related to diabetes: A qualitative analysis

Dulce María Guillén-Cadena,* Betsy Flores-Atilano**

RESUMEN

* Doctora en Educación.
** Maestra en Enfermería.

Facultad de Estudios
Superiores Iztacala,
UNAM.

Correspondencia:
DMGC, dulce1414@
hotmail.com

Conflicto de intereses:
Las autoras declaran
que no tienen.

Citar como: Guillén-
Cadena DM, Flores-
Atilano B. *Aspectos
socioculturales
relacionados con la
diabetes: Un análisis
cualitativo*. Rev
CONAMED 2018;
23(4): 182-189.

Recibido: 27/08/2018.
Aceptado: 13/09/2018.

Introducción: Las enfermedades crónicas representan una gran preocupación en el ámbito de la salud pública a nivel mundial por su desmedido incremento, en especial en países en vías de desarrollo, debido al crecimiento poblacional, el estilo de vida sedentario y las prácticas poco saludables en la dieta diaria, las cuales se encuentran relacionadas con aspectos socioculturales. La enfermedad crónica representa un evento perturbador con afecciones permanentes a la vida cotidiana, generando rupturas críticas en la autoestructura del individuo. El personal de salud y las relaciones sociales en general son fuente importante de apoyo que funcionan como mediadores psicosociales de adaptación y de mantenimiento de la salud para quien padece diabetes. **Material y métodos:** Investigación cualitativa descriptiva. Se utilizó el método fenomenológico descriptivo propuesto por Edmund Husserl. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada, la observación participante y las notas de campo. Se diseñó un instrumento guía de preguntas relacionadas con el objeto de estudio. La selección de los informantes se llevó de acuerdo con el típico ideal; fueron siete informantes mayores de edad que tuvieran más de cinco años de haber sido diagnosticados con diabetes mellitus (DM); el análisis de los datos se llevó a cabo conforme a lo propuesto por Krueger (1991): transcripción, codificación, formación de categorías y subcategorías, buscando las relaciones entre ellas. **Resultados:** Después de haber realizado un profundo análisis de las entrevistas se encontraron los siguientes temas: aspectos familiares, laborales y sistema de salud. **Discusión y conclusiones:** Los aspectos socioculturales son determinantes durante el proceso de diagnóstico, adaptación y aceptación de la diabetes, entre los que destacan: la familia, el trabajo, el sistema de salud, etc., dada su influencia en el trayecto que el paciente toma al padecer esta enfermedad. El desarrollo del capital social genera paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al convivir en sociedad y vivir con el padecimiento en cualquier ámbito.

Palabras clave: Análisis cualitativo, diabetes, vivencias, pacientes, factores socioculturales.

ABSTRACT

Introduction: Chronic diseases represent a great concern in the field of public health worldwide due to their excessive increase, especially in developing countries, given the population growth, sedentary lifestyle and unhealthy practices in the daily diet. Which are related to sociocultural aspects. A chronic disease represents a disturbing event with permanent affections to everyday life, generating critical ruptures in the self-structure of the individual. Health personnel and social relationships in general are important sources of support, serving as psychosocial mediators of adaptation and maintenance of health for those with diabetes. **Material and methods:** Descriptive qualitative research, the descriptive phenomenological method proposed by Edmund Husserl was used. The data collection was carried out through the semi-structured interview, the participant observation and the field notes. A guide instrument of questions related to the object of study was designed. The selection of the informants was carried out according to the typical ideal, there were seven informers of legal age who had more than five years of being diagnosed with diabetes mellitus (DM); the analysis of the data was carried out as proposed by Krueger (1991): transcription, coding, formation of themes and subthemes, looking for the relationships between them. **Results:** After having carried out an in-depth analysis of the interviews, the following topics were found: Family, work and health system aspects. **Discussion and conclusions:** The sociocultural aspects are decisive during the process of diagnosis, adaptation and acceptance of diabetes. Among those that highlight, the family, work, health system, etc. are, given its influence on the path that the patient takes to suffer from this disease; the development of social capital gradually generates a remarkable independence resulting from empowerment for learning acquisition by living in society and suffering in any field.

Key words: Qualitative analysis, diabetes, experiences, patients, sociocultural factors.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas representan un importante problema de salud en la sociedad contemporánea a nivel mundial; su incremento en prevalencia, sobre todo en países en vías de desarrollo, es de índole multifactorial, además de que generan limitaciones importantes en la calidad de vida de las personas que las padecen, conllevan repercusiones en diversos ámbitos, ya sea a nivel político, económico, social y personal.¹ Por ello, constituyen uno de los problemas de salud prioritarios en el siglo XXI. Su sostenido y progresivo aumento en las tasas epidemiológicas demuestra el gran desafío que enfrenta actualmente la población mundial debido a que son de larga duración, generalmente de progresión lenta y de tratamiento prolongado.²⁻⁴ Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables de 28 millones de muertes anuales (OMS, 2014).⁵

La diabetes es causada por una combinación de factores, incluyendo la susceptibilidad genética, la obesidad y la inactividad física. Paralelamente, con el envejecimiento de la población, muchos otros factores asociados con el estilo moderno de vida han contribuido al incremento en su prevalencia en décadas recientes. Un estilo de vida sedentario, malos hábitos alimenticios y la obesidad son factores de riesgo de desarrollarla.²⁻⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como determinantes sociales de la salud los factores extrínsecos o: «circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Siendo el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas». Así pues, los aspectos socioculturales desempeñan un papel determinante en la incidencia de las enfermedades crónicas, más allá de cuestiones intrínsecas del individuo tales como la genética. Es importante considerar estos factores extrínsecos propios de la vida moderna como el nivel de estrés, hábitos dietéticos, falta de actividad física y nivel adquisitivo así como políticas de orden social y sanitario porque impactan directamente en la calidad de vida y con ello en la salud de las personas.⁶

Con respecto a la calidad de vida de las personas que padecen enfermedades crónicas tales como la diabetes, es importante considerar que ésta debe verse como un constructo multidimensional que incluye además de los signos y síntomas propios de la enfermedad, el funcionamiento psicológico y social del individuo.⁷ Siendo este último (funcionamiento social) referido por la OMS, al verse afectado por diversos factores como limitaciones funcionales debidas al dolor o fatiga, el miedo de la persona enferma a ser una carga para los demás, el temor por los síntomas o las discapacidades, sentimientos de incomodidad entre los miembros de la red social del paciente, miedo al contagio, etc., dando como resultado el trastorno de las actividades sociales normales, incluyendo el papel que desempeña y las vivencias que tiene a nivel social, familiar y laboral.⁸

Por tal motivo, resulta de gran importancia indagar en los aspectos socioculturales relacionados con la diabetes a partir de la visión subjetiva de quien padece esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo mediante la metodología cualitativa con un enfoque fenomenológico eidético; la recolección de datos se realizó por medio de la entrevista semiestructurada,⁹ observación participante y notas de campo, como instrumento se utilizó una guía de preguntas relacionadas con las vivencias de personas que padecen diabetes.

El paradigma cualitativo se eligió para esta investigación, puesto que se enfoca en la experiencia humana, haciendo especial énfasis en la subjetividad y no en la objetividad.¹⁰ Lo anterior se debe a que en el aspecto cualitativo, la adquisición del conocimiento radica en la propia experiencia del sujeto y no en cuestiones cuantificables, medibles u objetivas como es el caso del aspecto cuantitativo. La aproximación metodológica de la fenomenología se coloca antes de cualquier creencia y juicio para explorar simplemente lo dado, sin generar hipótesis ni presunciones de ninguna índole, tampoco el sentido común, el mundo natural, las proposiciones científicas, ni las experiencias psicológicas. Únicamente lo que los informantes comparten y nada más.^{9,11}

La fenomenología eidética propuesta por Edmund Husserl no examina los contenidos de la conciencia para determinar si son reales o imaginarios, sino que suspende la conciencia fenomenológica para poder exponer sólo lo obtenido y describirlo tal y como es recibido.^{12,13}

Los informantes fueron dos hombres y cinco mujeres que cumplieron con los criterios de padecer diabetes mellitus y que habían recibido su diagnóstico desde hace cinco años (mínimo), mayores de 18 años, interesados en participar en el estudio y dispuestos a leer y firmar el consentimiento informado.¹⁴

Los aspectos éticos considerados para esta investigación permitieron reconocer la individualidad de los informantes, manteniendo su identidad, ideología, juicios y elementos culturales con absoluto respeto y discreción, evitando reduccionismos y propiciando condiciones propias de la subjetividad. Lo anterior mediante la aplicación del modelo bioético propuesto por Emmanuel, basado en distintas fuentes relacionadas con la normatividad comprendida por el Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Médicas (CIOMS), la Declaración de Helsinki, el Código de Núremberg y el informe Belmont.¹⁵

El rigor científico de la investigación se apejó a los tres criterios que para dicho propósito propusieron Castillo y Vázquez: 1) credibilidad: para mantener la realidad y veracidad de los hallazgos, 2) confirmabilidad: con la finalidad de manifestar la neutralidad del análisis en la interpretación de la información, confirmando posibles hallazgos similares en otros estudios y 3) transferibilidad: verificando la posibilidad de trasladar los hallazgos obtenidos a estudios posteriores en otros contextos.¹⁶

El análisis de los datos se llevó a cabo conforme a lo propuesto por Krueger (1991): transcripción, codificación, formación de categorías y subcategorías, buscando las relaciones entre ellas.¹¹

RESULTADOS

Después de haber realizado un profundo análisis de las entrevistas se encontraron los temas que a continuación se presentan:

Temas

Tema 1. Aspectos familiares (primera red social)

El entorno familiar es determinante al inicio del proceso de adaptación y aceptación, generando paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al vivir con la enfermedad.

En voz de los entrevistados:

Tina: No tenía ni idea de lo que era la diabetes; sabía que la padecía mi papá, pero no sabía qué era.

Facundo: Prácticamente soy el menor de cinco hermanos. Cuatro de mis hermanas... tres de ellas son diabéticas. Tuvieron esa enfermedad, lo digo por una que falleció... es un tema que se conoce porque mi mamá fue diabética y tres de mis hermanas están en esto.

Berenice: Yo en ese momento me bloqueé. Me dijo «diabetes», pero ¿cómo que diabetes? Yo en ese momento no estaba muy informada de lo que era. En mi familia no hay nadie diabético. Hipertenso sí hay, hay bastantes... pero diabetes no.

Irma: ¿Por qué yo en toda la familia? Para mí fue muy difícil porque en mi familia no hay nadie... ni mis abuelos, ni mis papás, ni mis hermanos, ni mis tíos... o sea, conozco a toda mi familia y nadie es diabético... y conozco a los hermanos de mi mamá, a los hermanos de mi papá, a mis primos y no. Tienen otras enfermedades, pero menos el azúcar. No, nadie de mi familia tenía diabetes. Todos mis primos, pues no, los hijos de mis hermanos de mi mamá y los hijos de hermanos de mi papá, no. Nadie tenía diabetes.

Lluvia: Que yo sepa, yo soy la primera que me (risas) tomé esa libertad de agarrar esa enfermedad, así... nada más.

Las personas que padecen enfermedades crónicas tienden a comparar su estado de salud con el de otros miembros de su familia para establecer similitudes, diferencias o referencias con respecto a un padecimiento que se sabe hereditario.

A continuación «Berenice» comparte sus experiencias familiares, en específico con sus hijos:

Bueno, por ejemplo más son mis hijos, pues están siempre al pendiente de mí. Siempre me dicen ¿ya comiste?, ¿te sientes bien? O cuando de regreso a casa, luego me llaman... ¿De a dónde vienes, te sientes bien? Este... casi por lo regular así.

Algunas personas que padecen DM mencionan recibir un trato atento por parte de sus familiares, quienes están al pendiente de sus comidas, cómo se sienten así como su integridad y seguridad al salir a la calle y regresar a sus casas.

A continuación «Facundo» comparte sus experiencias familiares:

Fui algo cortante con la familia en un inicio porque esperaba yo un trato diferente. Fue por no saber. Entendía que era una enfermedad y sentía que era algo crítico. Inclusive que podía restar mis años de vida y que debería aprovecharlos y entré en una situación como de exigir que me trataran mejor y pensando que iba a ser menos mi tiempo, pero me acomodó más y me di cuenta de que era algo normal y el trato que yo recibía... me gustó más que fuera normal.

Mientras que «Lluvia» menciona:

A veces sí me ponía muy sentimental, precisamente con los hijos que luego, pues se desatienden de uno y sentía mucha tristeza porque... anteriormente pues como que exigía más atención. Ahora pienso que a lo mejor sí viene a perjudicar algo los sentimientos la enfermedad.

Sin embargo, en ocasiones y sobre todo al principio del diagnóstico, quienes padecen DM suelen tener relaciones rípidas con sus familias, dado que exigen un trato especial por estar «enfermos» y no conocer realmente su padecimiento.

Tema 2: Aspectos laborales

De acuerdo con Salazar et al., una organización laboral puede considerarse como un microambiente

compuesto por individuos, puestos y áreas de trabajo, actividades y una variedad de elementos que permiten al individuo desarrollarse.¹⁷ A propósito de lo anterior, el siguiente fragmento de discurso muestra la experiencia laboral de una participante, la cual acudió a una entrevista de trabajo:

«Tina» menciona:

Bueno... en una ocasión estaba buscando trabajo y fui a una fábrica y había pasado todas las pruebas; el examen médico todavía no me lo hacían, me lo iban a hacer, pero primero me pasaron a la última entrevista con la jefa de recursos humanos y cuando supo que tenía diabetes, fue así como de: -¡No, ya no!- así tal cual, lo manifestó. Y pues no, no se vale... ¿no? Pues no es una enfermedad muy, muy grave como para que no pueda trabajar.

El fragmento anterior muestra cómo las personas que padecen DM suelen ser discriminadas por su padecimiento en área laboral, inclusive en las entrevistas de trabajo y antes de incorporarse a la empresa en cuestión, lo cual se convierte en un limitante para poder sentirse productivos y sociabilizar en el entorno del trabajo.

A su vez, en cuanto a la interacción social, se presenta un fragmento del discurso de una participante que manifiesta sentirse aceptada y ajustada al convivir socialmente:

Me he sentido aceptada. Hablando de alimentos y eso, pues a mí me enseñaron a comer... así de: «¿Quieres una rebanada de pastel?» pues pido una rebanada más chica que la de los demás y a lo mejor me quito una ración de fruta... y es de vez en cuando, ¿no? Y en todo lo demás, pues nada en especial, todo normal.

Las personas con diabetes se sienten aceptadas socialmente en la medida en que saben controlar y ajustar su alimentación de acuerdo con el tipo de comida que haya, pudiendo incluso modificar sus raciones y alimentos subsecuentes.

Irma: *Yo puedo hacer mi trabajo, gracias a Dios, hasta ahorita no he tenido problemas; decir: hoy no*

trabajo porque me siento mal o porque hoy no voy a trabajar porque me siento muy mal por eso... ¡No! Gracias a Dios, no.

Sandra: En cuanto al trabajo, pues me siento mal, de repente hay días que no podría hacerlo (subir escaleras en el trabajo), siento que me voy a caer, me siento mareada. Me puedo cortar y sería un alto riesgo para mí... No me voy a mi casa precisamente porque siento que aquí puedo entrar en la computadora, conozco compañeros, conozco doctores con quienes puedo platicar si me siento mal y si llego a mi casa, me siento cansada, me acuesto y es dormir, dormir...

Facundo: Bueno, en el plan laboral también hay cambios porque, pues, uno de momento, pues, ya anda con la autoestima baja. Uno piensa que, pues... que ya todo se va acabar, pero no... todo es cosa de centrarse en una realidad. Y bueno, ver las cosas. Eso sí es algo que estoy muy, muy consciente. A veces nuestra mentalidad cambia; nuestro genio también. Hay veces que es uno muy sociable... como que se vuelve uno muy parco, muy... muy... pues, la verdad... por un momento deja uno esa alegría por ser una persona sombría.

Tema 3: El personal sanitario: un reflejo del sistema de salud

De acuerdo con la OMS, el personal sanitario está compuesto por todas aquellas personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad la promoción de la salud, para con ello contar con una fuerte infraestructura humana, la cual es fundamental para poder hacer frente a los retos sanitarios del siglo XXI.¹⁸

A propósito de la interacción con el personal sanitario que tienen las personas que padecen DM, «Tina» comenta lo siguiente:

Corrí con suerte porque me encontré con enfermeras las ocasiones en que estuve internada que me tomaban como prioridad y siempre me subían a piso, a pesar de que había personas que a lo mejor lo necesitaban mucho más.

Las experiencias positivas en cuanto a la interacción con el personal sanitario están relacionadas

con la empatía percibida por parte de quienes padecen DM y en función de haberse sentido atendidos y tomados en cuenta, lo cual les permite sentirse afortunados, dadas las consecuencias.

Sin embargo, puede apreciarse todo lo contrario en el discurso de «Facundo», quien comparte una experiencia con el equipo sanitario al haber acudido a consulta para resurtir sus medicamentos:

Mi última doctora me atendió y estuvo pegada al teléfono platicando con alguien, cuando a mí nada más me estaba recetando prácticamente durante la consulta. Y me sentí tan abandonado, tan... ¡No es ético! Y yo mismo no exigí más porque vi que estaba muy lejos de tener sentimientos humanos.

Me conformé más bien, con un trato administrativo que debería tener otra calidez y me conformé con que me autorizara mi medicamento y prácticamente me fui.

Irma: Me sentía mal, además pasé muchas horas sin comer y fui al ISSSTE y pues estuve esperando un ratote y al final de cuentas, ni me atendieron. Y yo me decía: no quiero, pero me tengo que ir a la casa porque ya es tarde... no me siento bien, tengo mucho frío, me siento desesperada. Pero tuve que regresarme a la casa. Y pues ya llegando empecé a calentar la comida para darles de comer a todos, pero me entró así como que unas ganas de llorar... y mis hijos estaban así como de «¿qué?» y ni ellos ni mi esposo supieron.

Existe un reclamo de los pacientes de un trato más humano y ético por parte de los profesionales de la salud, sobre todo cuando acuden a consulta o a surtir su receta de medicamentos, piden calidez y no el abandono que reciben con el llamado trato administrativo que regularmente reciben.

DISCUSIÓN

Las personas que padecen enfermedades crónicas, como la diabetes, presentan una marcada tendencia a comparar su estado de salud con el de otros miembros de su familia para establecer similitudes, diferencias o referencias con respecto a un padecimiento que se sabe hereditario en específico. «La

mayoría de los pacientes, al intentar explicarse a sí mismos la causa de su enfermedad, a menudo son impulsados por un esfuerzo por conectarla de una manera directa y específica a su historia personal y a su experiencia familiar con enfermedades y tratamiento».¹⁹

Existe una preocupación bilateral que se genera entre el enfermo y los miembros de su familia, ya sea por el desajuste resultante derivado del descuido hacia otros miembros de la familia, el hecho de que algún otro miembro adquiera la misma enfermedad así como los pensamientos relacionados con la muerte acerca del qué será de la familia en caso de fallecimiento. «La familia comparte la experiencia de un padecimiento crónico, el cual es fuente de conflictos y desequilibrios al generar un clima de tensión, preocupación e incertidumbre por la presencia de los signos y síntomas y sus repercusiones en las actividades del enfermo, por la necesidad de cambiar patrones de conducta, por el temor a las complicaciones que vendrán».²⁰ De acuerdo con Carbonell, citado por Oliva y Villa en 2013, «la familia es el lugar primordial donde se comparten y gestionan los riesgos sociales de sus miembros».²¹

Martínez reporta que la familia puede favorecer la adherencia al tratamiento si refuerza positivamente las conductas adecuadas del paciente, debido a que éste obtiene un apoyo positivo en su salud.²²

A su vez, Fernández encontró que es necesario negociar en familia los papeles que se asumirán en la nueva etapa de vida familiar, dado que existen dificultades de rigidez, presentándose serios problemas de adaptación en el manejo de crisis familiares, lo cual podría manifestarse a través de falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre miembros, coaliciones, etc.²³

En cuanto a los aspectos laborales, según Salazar (2009), el trabajo abarca aspectos sociales como el compañerismo, los conflictos interpersonales, etc. Todo lo anterior desarrolla en el individuo aptitudes y actitudes muy particulares, a la vez que genera motivación, expectativas, etc., según sea el caso.¹⁷

Las personas que padecen diabetes suelen ser discriminadas por su padecimiento en el área labo-

ral, lo cual se convierte en una limitante para poder sentirse productivos y sociabilizar adecuadamente.

Lo anterior podría alterar el proceso de adaptación de estos pacientes, según Martínez y Torres, quienes mencionan que no sólo la familia y la pareja, sino también los compañeros de trabajo o de estudios, el personal de salud y las relaciones sociales en general son fuente importante de apoyo. A su vez especifican que tanto el ambiente social como el familiar son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud de quienes la padecen.²²

Los pacientes con diabetes se sienten aceptados socialmente en la medida en que saben controlar y ajustar sus actividades y hábitos, tal y como en el caso de la alimentación, esto es, ajustarse al tipo de comida disponible, pudiendo incluso modificar sus raciones y alimentos subsecuentes con la finalidad de sociabilizar sin distinción o limitaciones que marquen diferencias con respecto a los demás. Lo que Martínez, Moreno y Dover definen como capital social, lo cual se entiende como el aumento de las destrezas para mejorar las experiencias de cuidado de la enfermedad, permitiendo mostrar en el individuo el potencial que tiene para enfrentar cualquier situación social mediante el autocontrol con la finalidad de permitirse una inmersión en sus redes sociales sin descuidar su salud.²⁴

A propósito de los aspectos socioculturales referentes al sistema de salud, siendo el personal sanitario un reflejo de ellos, Escudero, Preto y March reportan en sus hallazgos que las personas con diabetes esperan que los profesionales de salud sean empáticos y comprensivos y que no nada más se enfoquen en las pruebas diagnósticas y en los aspectos clínicos, sino que también atiendan los aspectos emocionales de la enfermedad.²⁵

En cuanto a la atención primaria, quienes padecen diabetes piden que los profesionales conozcan a fondo la enfermedad y que brinden continuidad en los cuidados. Del mismo modo, mencionan que es necesaria una reducción de tiempo entre consultas así como una mayor accesibilidad en cuanto a cambios de clínica o tratamiento. Finalmente, piden una relación y comunicación fluida y positiva que favorezca las actitudes de cambio y comprensión.¹⁹

Los pacientes con diabetes reclaman un trato más humano y ético por parte de los profesionales de la salud, sobre todo cuando acuden a surtir su receta de medicamentos, pues piden calidez y no el abandono que reciben con el llamado trato administrativo que les es proporcionado.

CONCLUSIONES

Los aspectos socioculturales son determinantes durante el proceso de diagnóstico, adaptación y aceptación de la diabetes,^{6,26} entre los que destacan la familia, el trabajo, el sistema de salud, etc., dada su influencia en el trayecto que el paciente toma al padecer esta enfermedad. Las personas que la padecen tienden desde un principio a establecer conexiones entre su estado de salud y el de los miembros de su familia.

A su vez, surge una preocupación bilateral entre el enfermo y su familia, la cual es generada por diversos factores como los cambios y ajustes en la dinámica doméstica.

En el área laboral existe discriminación en algunos casos, convirtiéndose esta enfermedad en un limitante para sentirse productivos y sociabilizar con sus colegas, alterando de alguna manera el proceso de adaptación, dado que los lugares de trabajo son también considerados fuentes importantes de apoyo debido a que son el tercer mediador psicosocial de adaptación para la diabetes y el mantenimiento de la salud.¹⁷

En cuanto al sistema de salud, los pacientes piden un trato más humano por parte del personal sanitario; a su vez, el desarrollo del capital social²⁴ genera paulatinamente una marcada independencia resultante del empoderamiento por aprendizajes adquiridos al convivir en sociedad y vivir con el padecimiento en cualquier ámbito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ledón-Llanes L. Impacto psicosocial de la diabetes mellitus, experiencias, significados y respuestas a la enfermedad. *Rev Cubana Endocrinol.* 2012; 23 (1): 76-97.
2. Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: la mortalidad en la población derechohabiente, 2003. *Rev Med IMSS.* 2004; 42 (4): 353-364.
3. Treviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Cir.* 2004; 72 (1): 3-4.
4. INEGI. Censo de población y vivienda. Población total por entidad federativa, sexo y grupos quinquenales de edad según condición de derechohabiente a servicios de salud y tipo de institución. Instituto Nacional de Geografía y Estadística; 2015.
5. World Health Organization. Fact files: 10 facts about diabetes. WHO; 2014.
6. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2012; 28 (2): 79-86.
7. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982; 4 (2): 167-182.
8. Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas. Perspectivas en Psicología.* 2005; 1 (2): 125-137.
9. Blasco-Hernández T, Otero-García L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). *Nure Investigación.* 2008; 34. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia; 2006.
10. Penrod J. Getting funded: writing a successful qualitative small-project proposal. *Qual Health Res.* 2003; 13 (6): 821-832.
11. Álvarez-Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México: Paidós; 2005. pp. 187-193.
12. Lambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y Vida.* 2006; 47 (4): 517-529.
13. García M, Gaos J. Investigaciones lógicas de Edmund Husserl. Madrid: Alianza Editorial; 1985. p. 512.
14. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17 (3): 613-619.
15. Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En: Pellegrini-Filho A, Macklin R. Investigación en sujetos humanos: experiencia Internacional. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Serie Publicaciones; 1999. pp. 43-44.
16. Castillo-Espitia E, Vásquez-Truissi ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colomb Med.* 2003; 3 (4): 164-167.
17. Salazar-Estrada JG, Guerrero-Pupo JC, Machado-Rodríguez YB, Cañedo-Andalía R. Clima y cultura organizacional: dos componentes esenciales en la productividad laboral. *ACIMED.* 2009; 20 (4): 67-75.
18. World Health Organization. Temas de salud: Personal sanitario. WHO; 2014.
19. Hunt LM, Valenzuela MA, Pugh JA. ¿Porque me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. *Soc Sci Med.* 1998; 46 (8): 959-969.
20. Tejada-Tayabas LM, Grimaldo-Moreno BE, Maldonado-Rodríguez O. Percepciones de enfermos diabéticos y familiares acerca del apoyo familiar y el padecimiento. *Rev Salud Publica Nutr.* 2006; 7 (1).
21. Oliva-Gómez E, Villa-Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris.* 2014; 10 (1): 11-20.

22. Martínez B, Torres L. Importancia de la familia en el paciente con diabetes mellitus insulino dependiente. *Psicología y Salud*. 2007; 17 (2): 229-241.
23. Fernández-Ortega MA. El impacto de la enfermedad en la familia. *Rev Fac Med UNAM*. 2004; 47 (6): 251-254.
24. Martínez-Herrera E, Moreno-Mattar O, Dover Robert VH. El significado del capital social "individual" en diabéticos receptores de cuidado en un contexto urbano colombiano. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31 (4): 837-849.
25. Escudero-Carretero MJ, Prieto-Rodríguez M, Fernández-Fernández I, March-Cerdá JC. Expectations held by type 1 and 2 diabetes mellitus patients and their relatives: the importance of facilitating the health-care process. *Health Expect*. 2007; 10 (4): 337-349.
26. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. pp. 137-173.

Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México

Strategy for promotion of good treatment in obstetric care in Mexico

Rosario Valdez-Santiago,* Anabel Rojas-Carmona,* Luis Alberto Villanueva-Egan,** Pilar Lomelin-Aragón,*** Ana Carolina Ortega,*** Aurora del Río Zolezzi,**** Luz Arenas-Monreal*

RESUMEN

* Centro Colaborador de la OMS en Investigación en Lesiones y Violencia/ Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud/ Instituto Nacional de Salud Pública.

** Hospital General de Ciudad Obregón. Secretaría de Salud de Sonora.

*** Consultora independiente.

**** Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Correspondencia: LAM, luz.arenas@insp.mx, luz.arenas@insp.mx

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Valdez-Santiago R, Rojas-Carmona A, Villanueva-Egan LA, Lomelin-Aragón P, Ortega AC, Del-Río-Zolezzi A, et al.

Estrategia para la promoción del buen trato en la atención obstétrica en México. Rev CONAMED 2018; 23(4): 190-197.

Recibido: 09/07/2018.
Aceptado: 15/10/2018.

Objetivo: Describir el diseño e implantación de una intervención para enfrentar el abuso hacia las mujeres en la atención del parto en México. **Material y métodos:** Se efectuaron dos acciones metodológicas: 1) revisión de la literatura para América Latina y El Caribe para identificar experiencias en el diseño de intervenciones acerca del abuso en las salas de parto. La búsqueda cubrió el periodo del 1° de enero de 1990 al 31 de octubre 2014. 2) diseño e implantación de la intervención con personal de salud. **Resultados:** Revisión de la literatura. Se identificaron siete artículos. El diseño de la intervención tiene un sustento teórico metodológico en a) perspectiva de género; b) violencia con base en el modelo ecológico; c) promoción de salud; d) educación para la paz y e) terapia de reencuentro. Se ha capacitado al personal de salud de 22 entidades federativas. **Conclusión:** Esta intervención implantada en México constituye una estrategia de la Secretaría de Salud para enfrentar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica en los servicios públicos de salud.

Palabras clave: Estrategia, promoción del buen trato, violencia obstétrica.

ABSTRACT

Objective: Describe the design and implementation of an intervention to confront the abuse of women during childbirth care in Mexico. **Material and methods:** Two methodological actions were made. The first consisted of a review of conventional literature and gray literature of Latin America and the Caribbean, this review aimed to identify previous experiences in design of interventions to address abuse against women during childbirth care. The search covered the period between January 1, 1990 to October 31, 2014. The second action consisted of the design and implementation of an intervention within health workers in several states of Mexico. **Results:** Literature review. Seven articles were identified in the category of interventions made in Latin America. The intervention's design is a methodological theoretical supported in: a) gender perspective b) violence against women based in the ecological model, c) health promotion d) peace education and e) rapprochement counselling. Several health workers among 22 states of Mexico have been trained for this approach. **Conclusions:** The intervention designed and implemented in Mexico is relevant because it is the first effort of the Ministry of Health to address the abuse and disrespect in obstetric care among public health services. It is necessary to carry out an assessment to ascertain the scope and limitations as well as the next steps.

Key words: Strategy, good treatment promotion, obstetric violence.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Las mujeres que reciben atención del parto en espacios institucionales a nivel mundial se exponen a la posibilidad de una relación médico-paciente jerarquizada y medicalizada del proceso de atención del parto que muchas veces deriva en diferentes expresiones de abuso. Dicha relación se caracteriza por abuso verbal (insultos, comentarios lascivos, humillantes o denigrantes); abuso emocional y físico; procedimientos y maniobras que infringen algún tipo de sufrimiento con consecuencias inmediatas o a largo plazo.¹

Esta problemática no es privativa de un solo país o región. Bowser et al. reportan diversas modalidades de violencia obstétrica que van desde el abuso físico, ausencia de información, confidencialidad, discriminación, abandono y detención por falta de pago del servicio otorgado. Estos tipos de abuso y falta de respeto han sido identificados en el contexto de los servicios de salud en los diferentes continentes.^{2,3}

En la evidencia internacional generada sobre el problema de la violencia obstétrica, violencia institucional o abuso y falta de respeto³ surgen dos aspectos que es necesario tomar en consideración: a) en primer lugar, no existe un consenso internacional de cómo nombrar y operacionalizar el problema del abuso contra las mujeres durante el proceso de atención perinatal; b) en una revisión sistemática de la literatura, la prevalencia reportada de este tipo de abuso oscila entre 5 y 46%,⁴ mientras que en México un primer estudio identificó 29% de violencia total, la cual incluye la dimensión física y emocional.⁵

A partir de estos datos puede afirmarse que éste es un problema de salud pública que obliga a las áreas responsables de operar la política pública de salud de los diversos países, y en particular en México, a tomar acciones para enfrentarlo.

El objetivo del presente artículo es describir el diseño e implantación de la «Estrategia para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en salas de obstetricia y de los servicios de salud en México» (en adelante la Estrategia), en la que participó el personal de salud que labora en hospitales públicos de los sistemas estatales de salud en 22 entidades federativas

de México. Además, se presentan los fundamentos teórico-metodológicos que se tomaron en cuenta para el diseño del taller de la intervención de la Estrategia.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño de la intervención se llevó a cabo en dos etapas. La primera consistió en revisión de la literatura que permitió identificar estudios sobre prácticas abusivas durante la atención obstétrica así como intervenciones que se han realizado en América Latina para sensibilizar al personal sobre el problema de nuestro interés. La segunda etapa se refiere al diseño de la intervención.

Primera etapa: revisión de la literatura

A través de una búsqueda de literatura convencional y literatura gris se rastrearon documentos a nivel global. Se realizó una búsqueda específica para América Latina y El Caribe, del periodo del 01 de enero de 1990 al 31 de octubre de 2014 en las bases de datos: Medline/PubMed, Artemisa, LILACS, Cochrane Library, El Portal de Evidencias de la BVS, Embase, SciELO así como búsquedas libres. Se obtuvieron 1,059 artículos [PubMed (n = 308), Lilacs (n = 266), SciELO (n = 209), Artemisa (n = 165), Cochrane Plus (n = 29), Embase (n = 25), Literatura gris (n = 27), Búsquedas libres (n = 30)], de los cuales se eliminaron 333 por duplicarse en las diferentes bases de datos. Los 726 artículos restantes fueron revisados por un Grupo de Revisión de Lectura (GRL) constituido por tres investigadoras (Valdez R, Arenas LM, Rojas A) para identificar los que potencialmente se utilizarían de acuerdo con los criterios de inclusión, quedando 223 artículos para revisión de texto completo. Al final, se identificaron siete artículos cuyo abordaje permitió catalogarse como una intervención, en la medida que permite conocer acciones para enfrentar el abuso hacia las mujeres en la atención del parto.

Segunda etapa: diseño de la intervención

Para el diseño de la intervención se tomaron en cuenta tres aspectos: a) los resultados de la revisión

de la literatura; b) la experiencia previa en el diseño e implantación del «Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja»;^{6,7} y c) el trabajo de promoción del buen trato para el personal de salud involucrado en la atención obstétrica que se piloteó en dos hospitales del estado de Morelos en 2013.⁸

La Estrategia se enfocó en un curso-taller de 40 horas de capacitación para formar equipos locales cuyo objetivo fue: capacitar a las coordinadoras, facilitadoras/es y personal de salud de las entidades federativas seleccionadas para la aplicación de la «Estrategia para la promoción del buen trato en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud». Se definió un perfil de participantes: psicólogas y psicólogos adscritos a los servicios estatales de atención a la violencia, personal de enfermería y medicina adscritos a los servicios de obstetricia. La selección estuvo a cargo de la Coordinadora Estatal del Programa de Violencia Familiar de cada entidad.

La implantación y supervisión de la Estrategia está a cargo del Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud, mismo que cuenta con recursos asignados vía AFASPE (Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados), los cuales fueron notificados a cada entidad federativa por el área de planeación. La Estrategia está sujeta a evaluaciones y a metas específicas para cada entidad.

RESULTADOS

Revisión de la literatura

Se identificaron seis artículos en la categoría de intervenciones. Cuatro corresponden a intervenciones que se enfocaron en el empoderamiento de las mujeres en la atención del parto. Los otros dos estudios se dirigen a la sensibilización y difusión del problema de la «violencia obstétrica», uno de ellos se desarrolló en Brasil, en el cual se efectuaron dos acciones: a) talleres de sensibilización para el personal de salud con dos componentes: abordaje de las subjetividades (sentimientos, miedos y creencias) y un entrenamiento intelectual en el parto humanizado y b) la nominación de una enfermera

obstétrica para asesorar la implantación del modelo de parto humanizado. Las autoras concluyen que la sensibilización no fue eficaz para permitir al personal de medicina incorporar los valores del modelo del parto humanizado; sin embargo, reconocen que el asignar al personal de enfermería como responsable de la maternidad permitió que dicho personal conquistara un poder simbólico en la institución y así garantizar la implantación del modelo.⁹ Otro reporte es la experiencia en Argentina, en la cual a partir del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos se han realizado diversas acciones, entre las que destacan seminarios de difusión y sensibilización por todo el país dirigidos al personal de salud y población para abordar el problema del abuso y falta de respeto en las salas de maternidad a través de vídeos y la obra de teatro «Con todo al aire»¹⁰ (Tabla 1).

Descripción del diseño del taller de formación de personal facilitador de la «Estrategia de promoción del buen trato en la atención obstétrica».

El CNEGSR decidió que la primera fase de la Estrategia se focalizara en formar equipos locales que tuvieran como responsabilidad la réplica del curso al interior de sus entidades federativas, tal como se realizó con el «Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja»⁷ y que ha permitido mantener el servicio de 2008 a la fecha. Las siguientes fases de la Estrategia serán definidas por el personal federal responsable en colaboración con el equipo de investigación del INSP.

Premisas del diseño del taller

Los ejes teórico-metodológicos sobre los que se sustenta el diseño son: a) perspectiva de género; b) violencia contra las mujeres con base en el modelo ecológico; c) terapia de reencuentro y d) modelos humanista y holístico de la medicina. Con estos ejes se articuló la base del proceso de sensibilización que se centra en el personal de salud operativo que atiende a las mujeres durante el parto.

Se partió de la acepción de que un programa o intervención diseñado desde la perspectiva de género busca desarticular las relaciones de poder entre mujeres y hombres; asimismo, profundizar

Tabla 1. Inventario de intervenciones en América Latina identificadas en la revisión de la literatura.

Título de artículo	Autores	País	Año
<i>A enfermeira obstétrica: agente estratégico na implantacao de práticas do modelo humanizado em maternidades</i>	Progianti JM, Oliveira Mouta RJ	Brasil	2008
<i>As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman</i>	Rodrigues Borges M, Madeira LM, Gonçalves de Oliveira Azevedo VM	Brasil	2011
<i>Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher</i>	Sodré TM, Merighi MPB, Bonadio IC	Brasil	2012
<i>O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pré-natal</i>	Melo KL, Vieira BDG, Alves VH et al	Brasil	2014
<i>Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivações dos casais</i>	De Carvalho ML.	Brasil	2003
Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos	INSGENAR. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo	Argentina	2008

Fuente: Elaboración propia.

en los procesos subjetivos, históricos, culturales y políticos subyacentes en los mecanismos de desigualdad, subordinación, discriminación, exclusión u opresión que, basados en la simbolización y representación sociocultural de las diferencias biológicas de las personas, insisten en imponer una jerarquía dominante de lo masculino sobre lo femenino.¹¹

El modelo ecológico –creado por el psicólogo Urie Bronfenbrenner– enfatiza en el análisis integral y la interacción de la persona con su contexto. Así, la perspectiva ecológica constituye un eje transversal de transformación de la subjetividad de los sujetos sociales desde su contexto sociocultural e histórico.¹²

La terapia de reencuentro favorece el desarrollo de habilidades pacíficas de relación porque desmitifica el conflicto, evidencia los procesos y las dimensiones comprometidas en el ejercicio del poder y la violencia y encamina a las personas en la búsqueda del buen trato.¹³

Modelos humanista y holístico de la medicina. Estos modelos hacen énfasis en la unión del cuerpo con la mente y el espíritu. De acuerdo con las características de estos modelos los profesionales de la salud pueden ser empáticos y establecer una

interacción humana e integral en la atención de las mujeres durante el embarazo y parto.^{14,15}

A partir de estos ejes conceptuales se diseñó un taller de 40 horas. El taller está dividido en dos bloques, en el primero de ellos se efectúan actividades vivenciales y revisión de aspectos teórico-técnicos de la temática. En el segundo bloque los participantes hacen réplicas de las distintas sesiones (a excepción de «las experiencias de un ginecoobstetra») y son retroalimentados tanto por el personal coordinador del taller como por sus propios colegas. Se integraron las réplicas como parte de las actividades del taller porque los participantes harán réplicas de todo el taller con el personal de salud de sus entidades federativas. En el primer bloque se promueve que los participantes tengan un proceso reflexivo vivencial y se abordan aspectos relacionados con su historia personal y profesional, tales como elección de carrera, experiencia personal del parto y nacimiento, atención durante el proceso de parto (estás embarazada), autocuidado (área física, emocional y de relación). En el componente teórico-técnico se abordan temáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, tales como la congruencia en el ejercicio de los derechos (sexuales y reproductivos, del personal de salud y de las mujeres usuarias);

protocolo de atención del parto en las instituciones en las que laboran (se contrasta el protocolo de atención obstétrica en su institución con las normas nacionales e internacionales); indicadores de salud materna (muerte materna, morbilidad asociada a mala praxis [cesáreas, tactos vaginales, episiotomía, etc.]; además se revisan los resultados de estudios –nacionales e internacionales– sobre abuso en la sala de maternidad).¹⁶ Una actividad longitudinal del taller son las dinámicas corporales y de relajación para que las participantes contacten su cuerpo y emociones (*Tabla 2*).

La primera etapa de la capacitación tuvo lugar en 2014 y abarcó un total de 22 entidades federativas del país (*Tabla 3* y *Figura 1*). La capacitación se llevó

a cabo de manera regional, es decir, el CNEGSR seleccionó seis entidades federativas sede, en las cuales se concentraron dos o tres entidades invitadas. Cabe señalar que el proceso de incorporación de las entidades continuó durante 2015 y 2016 y hasta el momento se ha capacitado al personal de salud de 30 entidades del país.

DISCUSIÓN

Los principales aportes del trabajo aquí presentado se relacionan con los fundamentos teórico-metodológicos de la primera etapa de la «Estrategia para la promoción del buen trato durante la atención del embarazo, parto y puerperio en salas de obstetricia

Tabla 2. Carta descriptiva del taller de sensibilización para el personal de salud.

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5
Presentación de la Estrategia de capacitación con autoridades estatales Evaluación: Pretest Trabajo corporal	Trabajo corporal	Trabajo corporal	Práctica 1. Trabajo corporal	Práctica 7. Trabajo corporal
Presentación del curso Encuadre ético	Experiencia personal del parto y nacimiento	Reflexiones de un ginecoobstetra	Práctica 2. Encuadre ético Práctica 3. Presentación de participantes	Práctica 8. Autocuidado Práctica 9. Derechos sexuales y reproductivos
Descanso				
Presentación de participantes	Atención durante el proceso de parto	Reflexiones de un ginecoobstetra	Práctica 4. Elección de carrera	Práctica 10. Protocolo de atención
Comida				
Elección de carrera	Autocuidado	Derechos sexuales y reproductivos Protocolo de atención	Práctica 5. Experiencia personal de parto y nacimiento Práctica 6. Atención durante el proceso de parto	Práctica 11. Indicadores de salud materna Evaluación: postest
Cierre				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Entidades federativas incluidas en la primera etapa de capacitación.

Entidad sede	Entidades invitadas
Estado de México	Tlaxcala Querétaro Yucatán
Coahuila	Nuevo León Tamaulipas
Chihuahua	Sinaloa Sonora Zacatecas
Guerrero	Puebla Morelos
Veracruz	Oaxaca Hidalgo Campeche
Guanajuato	Jalisco Nayarit Colima

Fuente: Elaboración propia con información del CNEGSR.

y de los servicios de salud», una política pública que responde al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 en México que tiene como uno de sus ejes transversales la incorporación de la perspectiva de género en todos los programas de salud. Además la Estrategia responde a la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), la cual define a la Secretaría de Salud en México como institución responsable de instrumentar la política pública para enfrentar la violencia contra la mujer desde la perspectiva de la salud pública.¹⁷

En este sentido, la experiencia aquí documentada tiene particular relevancia debido a las escasas publicaciones científicas de intervenciones para afrontar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica en América Latina. En la revisión de la literatura se encontraron sólo seis documentos que dan cuenta de intervenciones diseñadas para mejorar la atención de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio; el enfoque predominante fue de humanización y desmedicalización del parto, dirigiendo acciones específicas hacia las mujeres.¹⁸⁻²¹ Sólo un artículo hace



Figura 1. Mapa de distribución regional de entidades federativas con personal de salud capacitado para 2014. México.

referencia a un proceso de sensibilización diseñado para el personal médico y de enfermería encargado de la atención del parto⁹ así como el libro del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, el cual reporta acciones de sensibilización tanto para el personal de salud como para la población en general.¹⁰

El diseño del taller presentado en este manuscrito tomó como base lo reportado por Progianti et al.,⁹ quienes incluyeron componentes teórico-técnicos del tema al igual que aspectos vivenciales, dinámicas corporales y reflexivas para sensibilizar al personal de salud y contribuir a desarticular el trato irrespetuoso y violento hacia las mujeres en las salas de parto.

El CNEGSR en México, como responsable de la implantación de esta política pública, se ha propuesto llevar a cabo para 2019 una evaluación de la Estrategia, una vez que se haya cumplido la meta de cobertura nacional. Además, tiene como propósito incluir otras acciones que fortalezcan la Estrategia, entre las que se encuentran: capacitación focalizada a ginecoobstetras, empoderamiento de las mujeres como usuarias de los servicios, incorporación de las autoridades estatales de alto nivel (secretarías estatales de salud). Por último, hay que señalar que un problema complejo de salud requiere acciones que abarquen las diferentes dimensiones del mismo. Esta intervención estaría limitada si sólo se instrumentara la capacitación al personal operativo y a la formación de equipos locales, por lo que la evaluación es un segundo paso obligado para dimensionar los alcances y limitaciones de la Estrategia.

CONCLUSIONES

Es necesario avanzar en intervenciones para afrontar el abuso y falta de respeto en la atención obstétrica. En México ésta es la primera experiencia, la cual necesita ser evaluada.

Agradecimientos

A todo el personal de salud que participó en los cursos cuya disposición, observaciones y sugerencias han ido enriqueciendo este proceso de revisión continua; a las coordinadoras estatales del «Programa de Violencia Familiar de la Secretaría de Salud», que

fueron las responsables de seleccionar el personal que participó en la capacitación y de organizar los cursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga CH, Warren CHE et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Health Organ.* 2014; 92:915-917.
2. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth report of a landscape analysis. Cambridge: USAID-Traction. Project Harvard School of Public Health, University Research Co; 2010. p. 57.
3. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med.* 2015; 12: e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849).
4. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015; 12 (6): e1001847. doi:10.1371/ Journal. pmed.1001847.
5. Valdez-Santiago R, Hidalgo-Solórzano E, Mojarro-Iñiguez M et al. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *CONAMED.* 2013; 8: 14-20.
6. Valdez-Santiago R, Martín Rodríguez J, Arenas-Monreal L et al. Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Sal Pub Méx.* 2015; 57: 537-546.
7. Hijar-Medina M, Valdez-Santiago R. Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores. *Experiencia Internacional y mexicana.* Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.
8. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal L, Lomelin P. Metodología de talleres de sensibilización para personal de salud adscrito a los servicios de obstetricia en hospitales de Morelos, México. Informe final. Cuernavaca: INSP, 2013.
9. Progianti JM, Oliveira Mouta RJ. A enfermería obstétrica: agente estratégico na implantacao de práticas do modelo humanizado em maternidades. *Rev. Enferm.* 2009; 17: 165-169.
10. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Argentina: CLADEM/ INSGENAR, 2008.
11. Valdez-Santiago R, Vargas-Urías Mauro A, González-Focke M. Bases conceptuales del Programa de Re-educación para agresores de violencia de pareja. En: Ramírez JC, Cervantes-Ríos JC, coord. Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, CUCEA-AMEGH, 2013. p. 111-132.
12. Olivares Ferreto E, Incháustegui Romero T. Modelo Ecológico para una vida libre de violencia de género. Ciudad de México: Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, 2011.
13. Sanz F. *Psicoerotismo femenino y masculino.* Para relaciones placenteras, autónomas y justas. 7ª edición. Barcelona: Editorial Kairós, 2008.

14. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 75: S5-S23.
15. Davis-Floyd R. From technobirth to cyborg babies: Reflections on the emergent discourse of a holistic anthropologist. In: Davis-Floyd R, Dumit J (eds.). *Cyborg babies: From techno-sex to techno-tots.* New York: Routledge; 1998. p. 255-283.
16. Valdez-Santiago R, Arenas-Monreal LM, Hidalgo-Solórzano E y cols. El abuso de las mujeres en las Salas de Maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
17. Cámara de Diputados. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. México. Diario Oficial de la Federación, 2013.
18. Sodré TM, Merighi MPB, Bonadio IC. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. *Cienc Cuid Saude.* 2012; 11 (Suplem): 115-120.
19. Rodrigues BM, Madeira LM, Gonalves de Oliveira VM. As práticas integrativas e complementares na ateno   saúde da mulher: uma estratégia de humanizao da assistência no hospital Sofia Feldman. *Rev Min Enferm.* 2011; 15: 105-113.
20. Melo KL, Vieira BDG, Alves VH et al. O comportamento expresso pela parturiente durante o trabalho de parto: reflexos da assistência do pr -natal. *J Res Fundam Care.* 2014; 6: 1007-1020.
21. De Carvalho ML. Participao dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivaes dos casais. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19 (Sup 2): S389-S398.

Análisis en torno a una sentencia sobre maternidad dual en México: reflexiones sobre el derecho a la identidad y a la verdad biológica

Analysis around a judicial sentence about dual maternity in Mexico: reflections about the right to identity and biological truth

Martha Patricia Hernández Valdez,* Antonio Martínez García**

RESUMEN

* Profesora Investigadora de la Cátedra de Infertilidad «Margarita Lamas de Abad» de la Facultad de Bioética en la Universidad Anáhuac México Norte.

** Director General de MAZVA Abogados, S.A. de C.V. y Catedrático del Centro de Estudios Superiores «Dr. Lucas Guzmán Rosas», S.A. de C.V.

Correspondencia:

MPHV, martha.

hernandez@anahuac.mx

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Citar como:

Hernández-Valdez MP, Martínez-García A. *Análisis en torno a una sentencia sobre maternidad dual en México: reflexiones sobre el derecho a la identidad y a la verdad biológica*. Rev CONAMED 2018; 23(4): 198-202.

Recibido: 01/06/2018.

Aceptado: 30/06/2018.

El 08 de noviembre de 2017 el Juez Rodrigo Torres Padilla concedió la protección de la justicia federal a dos mujeres, quienes interpusieron juicio de amparo indirecto en contra de la negativa del Registro Civil del Estado de Michoacán para reconocer su maternidad dual. Este hecho conlleva múltiples consecuencias tanto para las madres como para las menores, mismas que serán sujetas a una configuración familiar nunca antes regulada jurídicamente en México. A través del análisis del principio pro persona en favor de las menores y de las madres quejas, atendiendo al derecho a la identidad y a la verdad biológica, se sustenta que el carácter biológico del trasfondo resolutorio ha de abarcar también el aspecto psicológico, social y moral que posee sin duda una gran trascendencia colectiva. Así, en un mundo en el que la tecnología ha avanzado vertiginosamente y el derecho aún no logra ponerse al día, es determinante la interpretación de la ley con base en los derechos constitucionales que debe promover. El vacío normativo que se presenta en los casos de las terapias de reproducción asistida (TRA) pone en evidencia la urgente necesidad de aproximarse al concepto de derecho en su relación intrínseca y dinámica con la sociedad que pretende regular.

Palabras clave: Maternidad dual, derechos humanos, identidad, verdad biológica, terapia de reproducción asistida.

ABSTRACT

On November 8, 2017, Judge Rodrigo Torres Padilla granted the protection of Federal Justice to two women, whom asked for an indirect habeas corpus trial against the Civil Registry refusal, in order to recognize their dual maternity in Michoacán. This fact carries multiple consequences for both mothers and minors, forming a family configuration never before regulated in Mexico. Through the analysis of pro-person principle in favor of minors and complaining mothers, based on the right to identity and biological truth, it is argued the biological nature of the decision-making must cover the psychological, social and moral aspects, generating a great collective transcendence. Thus, in a world where the technology has advanced vertiginously and the law has not yet managed to control it, the interpretation of the law based on the constitutional rights is crucial. The normative gap that occurs in the cases of TRA manifests the urgent need to approach the concept of law in its intrinsic dynamic with the society.

Key words: Dual maternity, human rights, identity, biological truth, assisted reproduction therapy.

INTRODUCCIÓN

El escritor y profesor de bioquímica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Boston Isaac Asimov afirmaba: «el aspecto más triste de la vida en este preciso momento es que la ciencia reúne el conocimiento más rápido de lo que la sociedad reúne la sabiduría» y es que aunque los avances científicos crecen a pasos agigantados, no siempre van de la mano con las necesidades y demandas sociales. Esta situación implica la existencia de casos en los que la sociedad solicita soluciones para problemas novedosos, surgidos como consecuencia de esos avances científicos que superan el marco jurídico y ético del momento.

En virtud de ello, la reproducción asistida en las últimas décadas ha tenido enormes avances en todos los sentidos. Así, resulta inconcuso que la reproducción asistida ha traído consigo adelantos médicos que ocasionan el planteamiento de disyuntivas bioéticas y jurídicas. En México, el Poder Judicial de la Federación ha tenido que conocer y pronunciarse sobre los derechos humanos que están irremediamente implicados en este tipo de tratamientos. A este efecto, se aborda una de esas sentencias pronunciadas por un juzgado de distrito, el cual ha sido calificado como un fallo histórico para nuestro país.

ANTECEDENTES: RESOLUCIÓN DEL JUZGADO NOVENO DE DISTRITO EN EL ESTADO DE MICHOACÁN

El 08 de noviembre de 2017 el Juez Rodrigo Torres Padilla concedió la protección de la justicia federal a dos mujeres, quienes interpusieron juicio de amparo indirecto en contra de la negativa del Registro Civil del Estado de Michoacán para reconocer su maternidad dual. Al momento de registrar a sus hijas gemelas, alegaron que se les tenía que reconocer a ambas como progenitoras en virtud de que una aportó el óvulo fecundado mediante la técnica de fecundación *in vitro*, mientras que la otra ostentaba el derecho de maternidad por razón de alumbramiento.

En consecuencia, el juzgador encargado del asunto ordenó al Registro Civil del Estado de Michoacán que reconociera el derecho de maternidad dual, por lo que se constreñía al registrador y a todas las

autoridades vinculadas con el cumplimiento del fallo a realizar las acciones que permitieran llevar a cabo el registro de las dos menores gemelas como hijas de ambas madres. Este hecho conlleva múltiples consecuencias tanto para las madres como para las menores, mismas que serán sujetas a una configuración familiar nunca antes regulada jurídicamente en México.

Se advierte que las nuevas tecnologías en el ámbito de la reproducción abren el camino hacia la formulación de nuevas formas de organización social, replanteando el modelo tradicional de familia.¹ Particularmente las mujeres, a través de las técnicas de reproducción asistida, generan formas disidentes de ser madre con experiencias maternas que desafían los esquemas tradicionales de la familia nuclear.

DERECHO A LA IDENTIDAD Y A LA VERDAD BIOLÓGICA

Para su determinación, el citado juzgador se valió de la jurisprudencia emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación; asimismo, invocó el principio pro persona en favor de las menores y de las madres quejasas. Además, el órgano jurisdiccional señaló que era necesario atender el derecho a la identidad y a la verdad biológica de las niñas debido a que dentro de un vínculo familiar es imprescindible que las personas conozcan su filiación y origen (excepto en los casos en que expresamente esté prohibido por la ley por el principio de anonimato), de tal forma que cada individuo posea plena certeza de quién es y cuál es su ascendencia, ejerciendo su derecho al conocimiento de su plena identidad.²

De acuerdo con el Artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño proclamada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), desde el momento en el que nacen, los niños y las niñas necesitan forjarse una identidad; para ello, el primer paso es inscribir el nacimiento en los registros públicos y de esa forma contar con un nombre y una nacionalidad.³ Además, el registro es un elemento esencial en la planificación nacional a favor de la infancia porque ofrece datos demográficos sobre los cuales diseñar estrategias.

En este orden de ideas, se pone de manifiesto que el derecho a la identidad se encuentra íntimamente

relacionado con los atributos de la personalidad, ya que éste implica que todo ser humano debe tener un nombre y apellido, una nacionalidad, conocer su filiación y origen (salvo en los casos en los que las leyes lo prohíban), pertenecer a un grupo cultural y compartir con sus integrantes las costumbres, la religión, el idioma o la lengua.

Por otro lado, el derecho a la identidad es una prerrogativa que ha sido reconocida como un derecho fundamental y un derecho humano, regulado por distintos ordenamientos nacionales e internacionales, como el Artículo 04 de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, el Artículo 18 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Artículo 6 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Con estos ordenamientos se han desarrollado múltiples aseveraciones en torno al tema de la identidad con matices subjetivos, sociales y legales. Así, la construcción del sujeto involucra la existencia de un «otro», que le da sentido a su existencia y a la adquisición de identidades sociales y colectivas.⁴ Por tanto, es evidente la necesidad de reconocer el origen de sí mismo para lograr una conexión con la representación social que ejerce la familia en el concepto de vida. Este escenario ha de confirmar al individuo en todo su ámbito biológico, psicológico, social y espiritual; es al relacionar todas estas perspectivas que se logra entonces estabilidad y continuidad en el propio reconocimiento, conformando la experiencia de identidad y de pertenencia a la sociedad.⁵

En cuanto a la verdad o realidad biológica, ésta implica un hecho natural como la fecundación de gametos y por ende la vinculación con los progenitores biológicos, quienes en ocasiones no corresponden o no son los mismos que integran la identidad filiatoria o la verdad legal del hijo.

Es importante mencionar que existen autores que claramente hacen la distinción entre la identidad biológica, la identidad genética y la identidad filiatoria. Al respecto, la identidad personal en referencia a la realidad biológica es el derecho de toda persona a conocer su origen biológico, su pertenencia a determinada familia y el derecho a ser emplazado en el estado de familia que le corresponde.⁶ Dentro de esta dimensión se distinguen dos aspectos: la identidad genética, que abarca el patrimonio genético heredado de sus progenitores biológicos, convirtiendo

a la persona en un ser único e irrepetible; y la identidad filiatoria, que resulta del emplazamiento de una persona en un determinado estado de familia en vinculación con quienes aparecen jurídicamente como sus padres.

Es precisamente la familia el sistema que ha de mediar entre el individuo y la sociedad, resolviendo las oportunidades brindadas de interactuar con los demás a través de la influencia de valores, costumbres y creencias.⁷ Dichos principios adquiridos en la niñez dan pie a la identidad mediante el reconocimiento de sí mismo, delineado por una estructura social establecida que se enfrenta o modifica, logrando su aceptación o su rechazo.

De lo anterior se colige que aunque ciertamente la verdad biológica está estrechamente relacionada con la identidad, no siempre corresponde a la identidad filiatoria. Para el caso de la sentencia que se analiza, el Juez Rodrigo Torres Padilla en su determinación se valió de la jurisprudencia emitida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación e invocó el principio pro persona en favor de las niñas menores y de las madres quejasas, para fundar y motivar su sentencia. Además, el juzgador reconoció que las hijas nacidas a través de la reproducción asistida ostentaban el derecho de contar con el apellido de ambas madres porque por un lado, una había aportado el óvulo, mientras que la otra había sido la que las parió; y atento al derecho de identidad, las menores cuentan con la prerrogativa de ostentar los dos apellidos para cumplir con el derecho de conocer su verdad biológica.

Definitivamente, es necesario tomar en consideración las situaciones transitorias y temporales que obligan el cumplimiento de la sentencia emitida, con la finalidad de no generar indefensión y discriminación de las menores involucradas. Se debe señalar que los condicionamientos culturales y el contenido de las exigencias éticas tienen una presencia reforzada en el momento de la creación y posterior exégesis jurisdiccional de la norma⁸ y es que el grado de precisión regulativa puede determinar que el intérprete judicial se encuentre frente a dilemas éticos cuya resolución posee carácter mediático.

La importancia del contenido del debate bioético hace énfasis en la necesidad de preservar un sistema jurídico que repose en valores fundamentales.⁹

Es entonces cuando la defensa de la vida física se pone de manifiesto en reconocimiento de la dignidad humana a través de la identidad, ya que con el conocimiento del origen biológico y genético se ha de valorar la realidad corpórea. En pro de la salud integral del individuo como precepto del respeto a la unidad que significa la persona, es de suyo libre conocer toda la información sobre la propia verdad biológica y genética para el ejercicio de toma de decisiones, asumiendo entonces responsabilidad frente a otros y frente a sí mismo.

Al mismo tiempo, el principio de igualdad y de no discriminación (rectores en materia de filiación) fueron otros de los argumentos utilizados por el Juez Rodrigo Torres Padilla para fundar y motivar su resolución en el caso. En esta sentencia, *grosso modo* se manifestó que los Artículos 49, 51 y 345 del Código Familiar para el Estado de Michoacán resultaban discriminatorios y por tanto inconstitucionales, toda vez que excluían a la madre donadora del óvulo de la posibilidad de registrar como sus hijas a las niñas nacidas producto del método de reproducción asistida. Por tanto, el órgano jurisdiccional también concluyó que se patentizaba una discriminación contra las menores de edad por negarles que la madre donadora del óvulo las reconociera legalmente como suyas, toda vez que se impedía que las niñas contaran con la posibilidad de acceder a los seguros de salud de ambas madres, además de que se les imposibilitaba el goce de los derechos de custodia y obligaciones legales de su segunda madre, en el caso de que la primera falleciera o presentara una incapacidad.

Con esta sentencia el Poder Judicial de la Federación también evidenció la importancia del derecho de la libertad procreacional que opera en favor de la madre que donó el óvulo para efectos de que ésta decidiera sobre el método, la forma y el número de hijos que deseaba tener, máxime que el Estado mexicano es responsable de otorgar y de garantizar a las personas el acceso a los métodos de regulación de fertilidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables, de no hacerlo así, se vulnera la autonomía y la libertad reproductiva.

Aunque el juez Rodrigo Torres Padilla trató el derecho procreacional en su sentencia, el tema de este derecho y de la voluntad procreacional se

encuentra más desarrollado en el amparo en revisión 2766/2015 resuelto por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, donde se abordó el tema de las técnicas de reproducción asistida.

Una reflexión de carácter bioético con base en la resolución del juez Rodrigo Torres Padilla y no así —se resalta— del uso de la terapia de reproducción asistida utilizada por las madres reconocidas, pronuncia que al estar la persona inserta en una sociedad, este tipo de determinaciones que reconocen los derechos de los individuos cuya naturaleza procreativa es producto de la tecnología, benefician a todo el sistema completo, salvaguardando la integridad de todos aquéllos que no tienen posibilidad de hacer valer sus derechos.

En este sentido, los intereses de los menores se ven resaltados por la relevancia que tiene el vincular gestación y maternidad, considerando la gestación y/o donación de óvulos no sólo como un instrumento necesario, sino rechazando la función de la mujer gestante de una incubadora humana. La relación existente entre la madre y el hijo durante el embarazo ayuda a la conformación de la dignidad, la identidad y el desarrollo del niño; de acuerdo con este principio no será posible admitir que alguna resolución legal ampare la disociación de gestación y maternidad.¹⁰ La huella permanente en ambas partes, tanto por la existencia en la madre de células originadas en el feto como por el efecto de hormonas en diferentes órganos y especialmente en la arquitectura y función cerebrales, asignan la relevancia de la relación existente.

Se afirma entonces que cualquier resolución de carácter jurídico que abone al reconocimiento de la dignidad de un individuo en pro de su integridad, ha de resultar benéfico como acto humano.

CONCLUSIONES

De esta primera sentencia se puede colegir que se han hecho patentes varios principios bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida. No cabe duda que cuando se habla de reconocimiento y del registro legal de la maternidad o de la paternidad, en la actualidad se han presentado una serie de problemas para definir quién debe ser considerado como el progenitor.

Aparentemente, el Poder Judicial de la Federación con esta sentencia dio una solución al problema; sin embargo, también podría ocasionar confusión al grado de que se abra la posibilidad de que cientos de personas que han participado en la gestión subrogada o en algún procedimiento como donantes en los métodos de reproducción asistida puedan llegar a demandar ante los tribunales su reconocimiento de paternidad o maternidad. Aunque tales casos deberán ser valorados según los hechos para que el juzgador esté en aptitud de tutelar los derechos humanos del menor. La Primera Sala determinó que «la protección del interés del hijo conduce a prescindir en ocasiones de la verdad biológica, ya que es factible que se privilegie un estado de familia consolidado en el tiempo y con ello la estabilidad de las relaciones familiares y el propio interés superior del menor (...)».¹¹

Lo expuesto en el párrafo que antecede encuentra sustento legal en la tesis asilada que versa sobre el **desconocimiento de paternidad: alcances del derecho a la identidad en el juicio relativo**, en el que se advierte que no es posible separar el riesgo de que el deseo de ser madre repercuta negativamente en el niño, debido a que puede llegar a ser percibido como un objeto que ha de satisfacer los estándares determinados socialmente.

El análisis legal de este hecho debe someterse a una perspectiva ética. El carácter biológico del trasfondo resolutivo ha de abarcar también el aspecto psicológico, social y moral que posee sin duda una gran trascendencia colectiva.¹² Así, en un mundo en el que la tecnología ha avanzado vertiginosamente y el derecho aún no logra ponerse al día, es determinante la interpretación de la ley con base en los derechos constitucionales que ésta debe promover. El vacío normativo que se presenta en los casos de TRA pone en evidencia la urgente necesidad de

aproximarse al concepto de derecho en su relación intrínseca y dinámica, con la sociedad que pretende regular.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Jimeno N. Desafiando la institución de la maternidad: reapropiaciones subversivas de las tecnologías de reproducción asistida (TRA). *Revista Iberoamericana de Ciencia Tecnología y Sociedad*. 2016; 11 (31): 119-146.
2. De la Fuente-Núñez M. Acción de reclamación de la filiación y doble maternidad legal. *Rev InDret S*. 2015; (1): 2-35.
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Derecho a la identidad [Internet]. [Consultado el 10 Mar 2018] Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/children_11139.html
4. Seidmann S. Identidad personal y subjetividad social: educación y constitución subjetiva. *Cadernos de Pesquisa*. 2015; 45 (156): 344-357.
5. Urdapilleta L. Derecho a la identidad en personas nacidas por donación de gametos: Aspectos legales y psicológicos. *Rev Reproducción Humana*. 2004; (4): 21-29.
6. Chieri P, Zannoni EA. Prueba del ADN. Buenos Aires: Astrea; 2001.
7. Torres-Velázquez LE, Reyes-Luna AG, Ortega-Silva P, Garrido-Garduño A. Dinámica familiar: formación de identidad e integración sociocultural. *Rev Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2015; 20 (1): 48-54.
8. Ruiz-Rico Ruiz G. La problemática constitucional derivada de las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA): el caso de la maternidad subrogada. *Revista de Derecho Político*. 2017; 1 (99): 49-78.
9. Cárdenas-Krenz R. Consideraciones Jurídicas en torno a la ovodonación. *Rev Persona y Familia*. 2018; 1 (3): 11-23.
10. Fernández-Muñiz P. Gestación subrogada, ¿cuestión de derechos? *Rev Dilemata*. 2018; 10 (26): 27-37.
11. Campos-Gómez H. Crónicas del Pleno y de las Salas: Sinopsis de asuntos destacados de las Salas. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación y Dirección General de Casas de la Cultura Jurídica; 2017.
12. Cárdenas-Krenz R. El derecho a conocer la identidad biológica en la doctrina, jurisprudencia y legislación comparada. *Rev Medicina y Ética*. 2015; 26 (3): 287-321.
13. Ponce C, Rodríguez R. Los retos del derecho frente al avance de las nuevas tecnologías en reproducción humana asistida: un caso de vientre subrogado. *Rev lus Inkarri*. 2018; 6: 175-188.

Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica

Testicular torsion, diagnostic challenge before a surgical emergency

René Alfredo Suárez Pacheco,* Lucina Sánchez Ramírez**

RESUMEN

La torsión testicular es una complicación altamente desastrosa si no se corrige en breve tiempo, y la solución que evita la pérdida del testículo afectado es la exploración quirúrgica inmediata.

Palabras clave: Testículo, torsión testicular, síndrome de escroto agudo.

ABSTRACT

Testicular torsion is a highly disastrous complication if it is not corrected in a short time, and the solution that avoids the loss of the affected testicle is immediate surgical exploration.

Key words: Testicle, testicular torsion, acute scrotal syndrome.

* Residente de 3º año de Medicina Forense.

** Directora de Coordinación Pericial.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia:
LSR, lsanchez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Suárez-Pacheco RA, Sánchez-Ramírez L. *Torsión testicular, reto diagnóstico ante una urgencia quirúrgica.* Rev CONAMED 2018; 23(4): 203-208.

Recibido: 28/08/2018.

Aceptado: 03/09/2018.

www.medigraphic.org.mx

CASO CLÍNICO

Se presentó queja médica por el diferimiento en la realización de procedimiento quirúrgico que originó la pérdida del testículo en el paciente.

El caso se relacionó con un paciente de 10 años de edad, quien a las 04:45 horas fue llevado por sus padres al servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de atención médica, quienes refirieron al médico que el padecimiento inició a las 03:00 horas de ese día con cuadro clínico caracterizado por dolor a nivel del testículo derecho, de inicio súbito, de tipo punzante, intenso, 10/10 en escala visual análoga, de dos horas de evolución, acompañado de náusea y vómito en una ocasión, sin fenómenos exacerbantes ni atenuantes, negando fiebre y sintomatología urinaria.

A la exploración física se refirió como datos de relevancia: intranquilo por dolor, buen estado general, con tegumentos pálidos ++; abdomen blando, depresible, peristalsis disminuida en intensidad y frecuencia, no timpánico, dolor intenso a la palpación superficial y profunda a nivel de hipogastrio y región inguinal izquierda, Giordano bilateral negativo; testículo derecho con ligero aumento de volumen, en comparación con el contralateral, con dolor intenso a la manipulación, resto de exploración sin reporte de datos patológicos.

Se indicó su ingreso hospitalario con diagnóstico de orquitis y soluciones parenterales para vena permeable. Se solicitaron exámenes de laboratorio y gabinete que incluyeron una biometría hemática, la cual reportó leucocitos de $13,100/\text{mm}^3$ a expensas de neutrófilos de 74%, el resto de la biometría hemática, química sanguínea y examen general de orina sin alteraciones. También se solicitó la valoración urgente del servicio de cirugía general.

A las 05:50 horas, lo valoró especialista en cirugía general, refiriendo a la exploración física: testículo derecho ligeramente aumentado de volumen en comparación con el izquierdo, sin cambios de coloración, reflejo cremastérico presente, maniobra de Prehn dudosa, sin edema ni localización anormal; a la palpación, el epidídimo indurado y con engrosamiento de cordón espermático, respecto del contralateral; doloroso a la manipulación. Sin presencia de hernia inguinal. Se solicitó que se

realizara un ultrasonido testicular para descartar una torsión testicular. Se estableció la impresión diagnóstica de una probable orquiepididimitis y se indicó ayuno y metamizol 1 gramo IV a dosis única.

A las 09:00 horas de ese día, un médico radiólogo de guardia realizó ultrasonido simple a escala en grises, reportando que mostró datos ultrasonográficos en relación con orquiepididimitis derecha.

Ultrasonido que fue valorado por otro cirujano general en el servicio de urgencias, que decidió su hospitalización a piso de pediatría a cargo de cirugía general para manejo antibiótico, control analgésico y crioterapia local, con el mismo diagnóstico de orquiepididimitis.

Manteniéndose sábado y domingo sin cambios en el manejo médico instaurado, su evolución se refirió con disminución importante, incluso desaparición del dolor, afebril, asintomático, con disminución del aumento de volumen del testículo derecho, sin cambios de coloración en la región testicular, deambulando y durmiendo sin manifestar ninguna otra sintomatología asociada.

El lunes, a las 09:30 horas, fue valorado por el servicio de urología, señalando que se encontraba asintomático y a la exploración física dirigida: genitales externos con hiperemia y aumento de tamaño en región escrotal, a la palpación cordón espermático y testículo derecho con aumento de tamaño en comparación con contralateral y dolor a la palpación.

El médico urólogo que valoró al paciente indicó una exploración quirúrgica urgente, que se realizó a las 13:40 horas del mismo día, reportando el hallazgo quirúrgico de testículo derecho con parénquima testicular necrosado, con edema periférico. Se llevó a cabo orquiectomía derecha más orquidopexia izquierda y se estableció diagnóstico postoperatorio de torsión testicular derecha, confirmado por histopatología al reportar como diagnóstico histopatológico: hematocele y necrosis coagulativa postisquemia.

Posterior a la cirugía, el menor cursó con buena evolución y fue dado de alta, con la indicación de seguimiento por consulta externa de urología. En su seguimiento postoperatorio se advirtieron riesgos de fertilidad.

Responda el siguiente cuestionario en relación con el caso clínico

1. El cuadro clínico descrito en el paciente durante la valoración médica efectuada en el servicio de urgencias es compatible con el diagnóstico de:

- a) Orquitis.
- b) Orquiepididimitis.
- c) Síndrome de escroto agudo.
- d) Torsión testicular.

Respuesta: c)

Se denomina síndrome de escroto agudo en el niño a un conjunto de padecimientos que se caracterizan por dolor escrotal agudo, el cual puede estar o no acompañado de signos inflamatorios. Se considera una urgencia médico-quirúrgica y plantea un problema diagnóstico en los sitios de atención primaria de niños.¹⁻⁴

2. El protocolo diagnóstico inicial en este caso incluía:

- a) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido testicular.
- b) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido Doppler, valoración por servicio de cirugía general, cirugía pediátrica, urología u urología pediátrica.
- c) Biometría hemática, examen general de orina, placa simple de abdomen de pie y decúbito, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.
- d) Biometría hemática, examen general de orina, ultrasonido de alta resolución, gammagrama testicular.

Respuesta: b)

Los resultados de los estudios de laboratorio por lo general están dentro de los límites normales excepto: pacientes con orquiepididimitis, que presentan leucocitosis y neutrofilia en el hemograma y, en el general de orina, leucocitos y bacteriuria. El uso de la ecografía Doppler puede reducir el número de pacientes con escroto agudo sometidos a exploración

quirúrgica. De acuerdo con las manifestaciones y hallazgos clínicos y ante la sospecha de torsión testicular, el médico deberá solicitar interconsulta con el cirujano pediatra para evaluar la exploración quirúrgica de urgencia.¹⁻⁷

3. Estudio de gabinete que se considera el estándar de oro en el diagnóstico de torsión testicular.

- a) Ultrasonido de alta resolución.
- b) Gammagrama testicular.
- c) Ultrasonido Doppler.
- d) Ultrasonido convencional en escala de grises.

Respuesta: c)

En torsión testicular, el ultrasonido Doppler (*Figuras 1 y 2*) muestra 94% de sensibilidad, 96% de especificidad, 95.5% de precisión y 89.4% de valor predictivo positivo (VPP), 98% de valor predictivo negativo (VPN), considerado el estudio estándar de oro para la evaluación del escroto agudo.¹⁻⁷

4. Cuadro clínico inicial característico de torsión testicular.

- a) Dolor testicular súbito e intenso, irradiado a hipogastrio, asociado a náuseas y vómitos, sin fiebre, con edema y eritema escrotal.
- b) Dolor testicular de instalación insidiosa, sin irradiaciones, náuseas, vómito, fiebre, disuria, eritema escrotal.
- c) Dolor testicular súbito e intenso que desaparece espontáneamente, de corta duración, sin fiebre, con presencia de náusea y eritema discreto a nivel escrotal.

Respuesta: a)

En la torsión testicular, el dolor es de inicio brusco, intenso y unilateral, localizado en el testículo y con irradiación hacia la ingle y el abdomen inferior ipsilateral, la deambulación suele ser dolorosa. En 50% de los casos de torsión testicular, el dolor ocurre durante el sueño. De acuerdo con el tiempo de evolución, el escroto mostrará variados grados de eritema e induración.¹⁻⁷

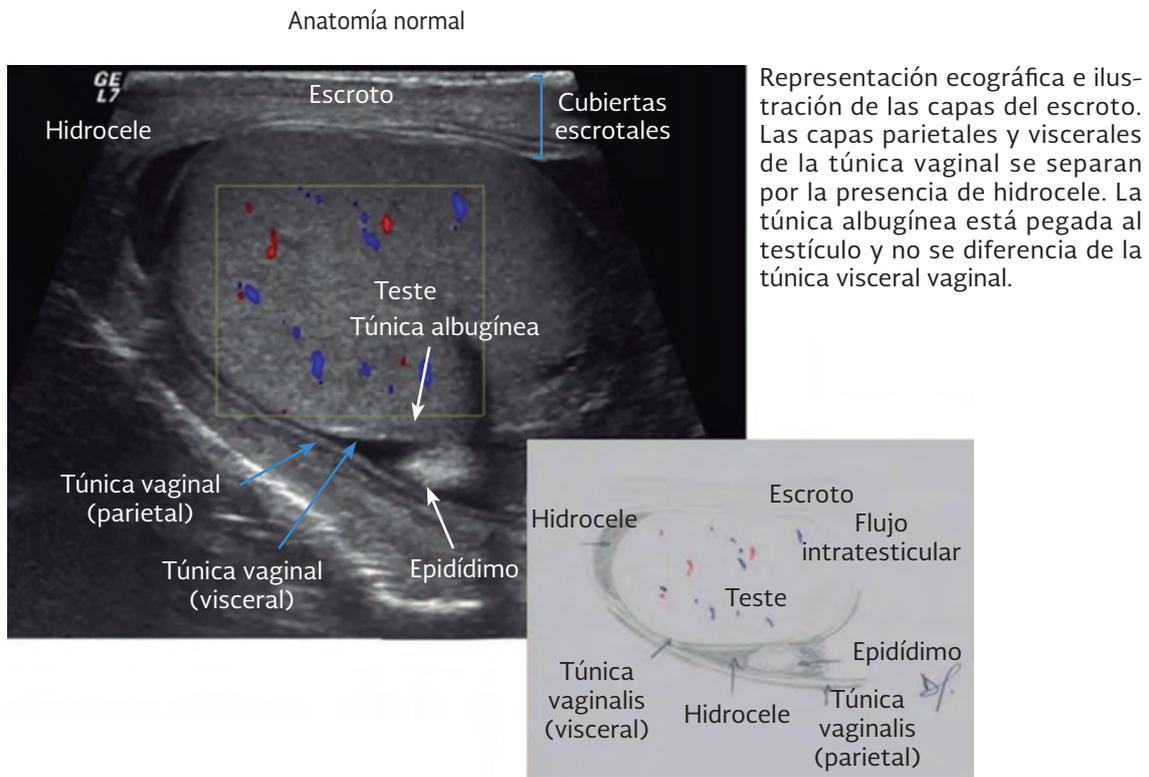


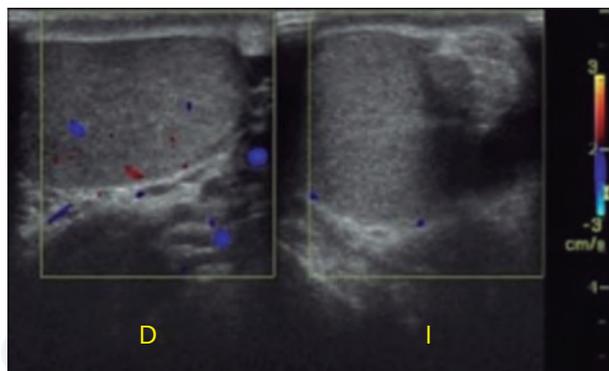
Figura 1. Anatomía normal en el ultrasonido testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciamos14/6-ecografia-escroto>.

Torsión testicular en la ecografía

Tamaño: ampliado
Ecogenicidad: hipoecoica
Vascularización: hipovascular
 Hallazgos asociados:
 hidrocele, engrosamiento de la piel

Todas las características deben compararse con testículos opuestos



Testículo derecho con presencia de flujo intratesticular en el modo Doppler-color. Ausencia de flujo intratesticular en el testículo izquierdo.

Figura 2. Torsión testicular en el ultrasonido Doppler.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciamos14/6-ecografia-escroto>.

5. Datos clínicos característicos observados durante la exploración física en una torsión testicular.

- Ascenso testicular, eritema y edema escrotal, sensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn positivo.
- Hipersensibilidad testicular, ascenso testicular, horizontalización (signo de Gouverneur si se asocia a epidídimo en posición anterior), eritema escrotal, aumento de volumen de la gónada, reflejo cremastérico ipsilateral abolido y reflejo de Prehn negativo.
- Fiebre, ascenso testicular, eritema y edema escrotal, insensibilidad a la palpación, reflejo cremastérico ipsilateral presente y reflejo de Prehn negativo.

Respuesta: b)

En el caso de una torsión testicular, a la exploración física el testículo está ascendido y en posición transversal. Es muy frecuente la hipersensibilidad testicular, que es la presencia de dolor a la palpación de la gónada, presentándose en 97% de los casos. Se percibe ausencia del reflejo cremastérico con

una sensibilidad de 99 a 100% y una especificidad de 66%. La elevación manual del hemiescrotal y el testículo afectado origina un aumento del dolor testicular, conociéndose este signo como Prehn, siendo negativo por las características obtenidas (Figura 3).

6. Tratamiento de elección en caso de no contar con ultrasonido ante un cuadro clínico altamente sugestivo de una torsión testicular.

- Exploración quirúrgica urgente con orquiectomía.
- Exploración quirúrgica urgente con orquidopexia unilateral.
- Exploración quirúrgica urgente, determinar la viabilidad del testículo en caso de necrosis, orquiectomía y orquidopexia contralateral.
- Exploración quirúrgica, antibiotioterapia, analgésicos, crioterapia local.

Respuesta: c)

La presentación clínica compatible con torsión testicular obliga a cirugía inmediata sin necesidad de ningún estudio de perfusión testicular.¹⁻⁷

Torsión testicular

- Rotación del testículo sobre sí mismo, de forma que el cordón espermático se enrosca intravaginalmente con los vasos testiculares
- El síntoma más común es el dolor testicular agudo
- La torsión testicular implica obstrucción del flujo arterial y venoso
- El grado de isquemia testicular dependerá del grado de torsión (180°-720°) y de la duración de la torsión
- El rescate testicular es más probable en los pacientes tratados dentro de cuatro a seis horas después del inicio de torsión



Figura 3. Torsión testicular.

Fuente: García RP. Ecografía del escroto. Curso de ecografía para médicos residentes. Health & Medicine. Jun 18, 2017. [Consultada el 31 de julio de 2018] Disponible en: <https://www.slideshare.net/pedrogarciamos14/6-ecografia-escroto>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Práctica Clínica, "Abordaje diagnóstico del escroto agudo en el niño y el adolescente". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-229-10.
2. Blum PR, Cordero OF. Escroto agudo y su manejo. Urología. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2011; LXVIII: 159-162.
3. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-187-15.
4. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de epididimitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México. Actualización 2015, IMSS-039-08.
5. Udaquiola J, Arriaga V, Oesterreich R, Martínez PR, Giambini D. Escroto agudo. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Editorial Journal, 2a ed. Buenos Aires, 2012.
6. Guía de Práctica Clínica, "Diagnóstico y tratamiento de orquiepididimitis, epididimitis y orquitis en niños y adolescentes". Evidencias y recomendaciones, México, IMSS-039-08.
7. Brunet, Rodrigo, Casals, Rodrigo. Torsión testicular en pediatría, diagnóstico y manejo. Revisión de la Literatura 2000-2015. Rev Ped Elec. 2016; [En línea] 13 (4): ISSN 0718-0918.

27-29
MARZO
2019

18 CONGRESO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA

CUERNAVACA | MORELOS | MÉXICO

Evidencia para la **atención primaria** y las **políticas multisectoriales**



CONFERENCIAS MAGISTRALES ■ PLENARIAS ■ SIMPOSIOS ■ SESIONES DE TRABAJOS LIBRES
■ EXPOSICIÓN DE CARTELES ■ PRESENTACIONES DE LIBROS ■

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN DEL CONGISP 2019

Tipo de inscripción	Hasta el 31 de enero	Al 15 de marzo	Al 29 de marzo
Estudiantes	\$ 1 300.00	\$ 1 800.00	\$ 2 200.00
Profesionales	\$ 2 400.00	\$ 3 300.00	\$ 3 900.00

Fecha límite para la recepción de resúmenes: **9 de enero de 2019**

Informes

Teléfonos directos: (52) 777 329 3010
(52) 777 329 3081
Conmutador: (52) 777 329 3000
Extensiones: 3115, 3117, 3119 y 3123
Correo electrónico: congis2019@insp.mx

 INSP.MX

 #CONGISP2019

www.insp.mx/congis2019/

75
AÑOS
1943 - 2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

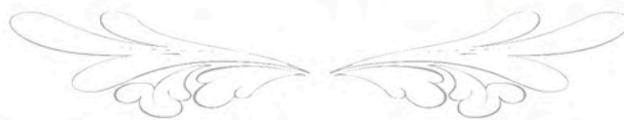


CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO



Ante una inconformidad en la atención médica para ti o tus hijos, te atendemos en la CONAMED o acude a las Comisiones Estatales

En CONAMED apoyamos tu derecho a la protección a la salud



www.gob.mx/conamed

Llama al: 01(55) 54207000