



SALUDJALISCO

Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco

Editorial

Artículos Originales

- Síndrome Metabólico en trabajadores de oficina central de la SSJ
- Incidencia y determinación de factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán
- Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette
- Cosméticos y Cosmecéuticos en México

Casi clínico

- Controversia en el manejo del absceso hepático amebiano

Cultura médica

- El fenómeno contemporáneo del acoso escolar "bullying" y la salud social en México
- La historia y filosofía de la cirugía plástica, Mural del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica, "Dr. José Guerrerosantos"

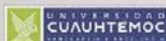
Personajes ilustres de la salud

- Crónica de una Vida Entregada al servicio de sus semejantes "Dr. Alfredo Lepe Oliva"





Secretaría de Educación
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



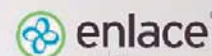
UNIVERSIDAD
PANAMERICANA
Tecnológico de Monterrey
Escuela de Medicina



Secretaría de Salud
GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



UVM Universidad del Valle de México



ENCUENTRO INTERINSTITUCIONAL DE EDUCACIÓN BIOÉTICA

28, 29 Y 30
OCTUBRE 2015

TEMAS

- La enseñanza de los valores bioéticos en la educación universitaria
- Metodologías en la educación en bioética
- La enseñanza de la bioética en las instituciones de salud
- Las virtudes del médico de hoy

- La relación del médico-paciente desde el punto de vista de la bioética
- Bioética e investigación
- Educación en bioética y salud ambiental
- La educación en bioética en Jalisco

Costo del evento \$300

Informes e inscripciones:

foroseducacionenbioetica.ssj@gmail.com

SEDE
UNIVA

www.univa.mx

Tel. Conm. 01 (33) 3134 0800, correo electrónico: informacion.univa@univa.mx
Av. Tepeyac No. 4800, Fracc. Prados Tepeyac; C.P. 45050, Zapopan, Jal., México.

Servicio de Salud Jalisco

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Dr. Jaime Agustín González Álvarez

Secretario de Salud

Dr. Antonio Cruces Mada

Director General del Régimen Estatal
de Protección Social en Salud

Dr. Ricardo Loreto Hernández Rivera

Director de Descentralización y Proyectos Estratégicos

Lic. Fernando Letipichia Torres

Director de Asuntos Jurídicos

Lic. Claudia Trigo González

Directora de Comunicación Social

M.D.F. Mayda Meléndrez Díaz

Encargada de la Dirección de Contraloría Interna

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales

Director General de Planeación

Dr. Héctor Ramírez Cordero

Director General de Salud Pública

Dr. Celso del Ángel Montiel Hernández

Director General de Regulación Sanitaria

Dr. Eduardo Covarrubias Íñiguez

Director General de Regiones Sanitarias y Hospitales

Lic. Miguel Ángel Leyva Luna

Director General de Administración

COMITÉ EDITORIAL

Director-Editor

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias

Administrador

C. Ricardo Flores Calleros

Editores Asociados

Dr. Rafael Rivera Montero

Comisión Estatal de Bioética e Investigación de Jalisco

Dr. Dionisio Esparza Rubio

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Universidad de Guadalajara

Dr. Víctor Javier Sánchez González

Centro Universitario de los Altos

Universidad de Guadalajara

Editores Locales

Dra. Mireya Guadalupe Rosales Torres

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria II

Dra. Catalina Figueroa García

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria IX

Lic. Enfra. Beatriz Adriana Vázquez Pérez

Coordinadora de Desarrollo Institucional de la Región Sanitaria XIII

Dr. Raúl Villaroel Cruz

Jefe de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética del
Hospital General de Occidente

Dr. Víctor M. Tarango Martínez

Jefe de Enseñanza e Investigación

Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"

Secretaría de Salud Jalisco

Lic. Enfra. Martha Cecilia Mercado Aranda

Jefe de Enseñanza e Investigación del Hospital Regional Puerto Vallarta

Editores Nacionales

Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo

ExPresidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Dr. Leopoldo Vega Franco

Fundador de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas
Biomédicas, A.C. (AMERBAC)

Editores Internacionales

Dr. Alberto Zanchetti/Italia

Dr. Radhamés Hernández Mejía/España

Dra. Dafna Feinholz Klip

Directora de Bioética de la Organización para la Educación, la Ciencia y
la Cultura de las Naciones Unidas (UNESCO)

Revista "SaludJalisco", es una publicación oficial de la Secretaría de Salud Jalisco. Publicación Cuatrimestral editada por la Dirección de Desarrollo Institucional. Oficinas centrales, calle: Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro. Guadalajara, Jalisco, México. C. P. 44100. Revista "SaludJalisco" es miembro de AMERBAC (Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas, A.C.), Registrada en el Sistema de Información LATINDEX (www.latindex.org). Tiraje 2,000 ejemplares, portada en couche brillante de 250 gr, cuatro tintas, interiores en couche mate de 135 gr, cuatro tintas, más sobrantes para reposición. Número de Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo de título: **en trámite**. Número de Certificado de Licitud de Título: **en trámite**. Número de Certificado de Licitud de Contenido: **en trámite**. D.R. Composición tipográfica Minion Pro y Miriad Pro. Diseñada e Impresa en México, en la Dirección de Publicaciones del Gobierno del Estado de Jalisco, Av. Prol. Alcalde 1351, 1^{er} Piso del Edificio C, Unidad Administrativa Estatal, Col. Miraflores, C.P. 44270, Guadalajara, Jalisco, México. **RevSalJal** 2015.02.02. 65-124. Los conceptos publicados son responsabilidad de sus autores. Teléfono: 30305000 ext. 35084.

Correo electrónico: revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx • zenteno_gmo@yahoo.es

Consejo Editorial

Dr. Héctor Ramírez Cordero
Dr. Antonio Luévanos Velázquez
Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
Dr. Celedonio Cárdenas Romero
Dr. Noé Alfaro Alfaro

Comité Científico

Dr. Héctor Ramírez Cordero
 Director General de Salud Pública

Dr. Antonio Luévanos Velázquez
 Director de Desarrollo Institucional

Dr. José Gilberto Rodríguez Rodríguez
 Jefe de Investigación Estatal

Dr. Guillermo Zenteno Covarrubias
 Director-Editor de la Revista "SaludJalisco"

Dr. Celedonio Cárdenas Romero
 Jefe del Departamento de Epidemiología Estatal SSJ

Dr. Ignacio Domínguez Salcido
 Presidente de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico, A.C.

Mtro. Jorge Laureano Eugenio
 Asesor y promotor de investigación SSJ

Dr. Alberto Briseño Fuentes
 Jefe del departamento de enseñanza SSJ

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga
 Director del Hospital General de Occidente

Dr. Ignacio García de la Torre
 Reumatólogo del Hospital General de Occidente
 Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Dr. José Fernando Barba Gómez
 Director del Instituto Dermatológico de Jalisco

Dr. José Guerrero Santos
 Director del Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva

Dr. Adalberto Gómez Rodríguez
 Director del Instituto Jalisciense de Cancerología

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
 Director General OPD Hospitales Civiles

Dr. José Sánchez Corona
 Director del Centro de Investigación Biomédica de IMSS

Dr. Héctor Raúl Maldonado Hernández
 Sub Delegado Médico Estatal del ISSSTE

Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva
 Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
 Universidad de Guadalajara

Dr. Marco Antonio Cortés Guardado
 Rector del Centro Universitario de la Costa

Dra. I. Leticia Leal Moya
 Rectora del Centro Universitario de los Altos
 Universidad de Guadalajara

Dr. Jorge Manuel Sánchez González
 Vice Rector Académico de la Universidad Autónoma de
 Guadalajara

Dr. Mario Adrián Flores Castro
 Director del Instituto Tecnológico de Monterrey-Campus
 Guadalajara

Mtro. Héctor Abel López Llerenas Escalante
 Rector de la Universidad del Valle de México Campus Zapopan

Lic. Raúl Enrique Solís Betancur
 Rector de la Universidad Cuauhtémoc-Campus Zapopan

Dr. Ricardo Ramírez Angulo
 Rector de la Universidad Guadalajara Lamar

Pbro. Lic. Francisco Ramírez Yáñez
 Rector de la Universidad del Valle de Atemajac

Dr. Jorge Blackaller Ayala
 Región Sanitaria XII SSJ

Gral. Brig. M.C. Sergio Enrique Amador González
 Director del Hospital Militar Regional y U.E.M. Guadalajara

Dr. Salvador Chávez Ramírez
 Comisionado
 Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL)

Dra. Hilda E. Alcántara Valencia
 Directora General
 Sistema de Educación Continua para el Médico General y Familiar

Dra. Karen Grace Gallo Sánchez
 Dirección de Salud Pública SSJ

Dr. José de Jesús Saavedra Aceves
 Medicina Preventiva SSJ

Mtro. Álvaro Ascencio Tene
 Director de Publicaciones y Periódico Oficial de la Secretaría
 General de Gobierno

Mtra. Elisa Ramírez Guzmán
 Supervisión editorial

LDG Jorge A. Valdez Díaz
 Diseño Editorial

LDG Mariana C. Gómez Ruiz
 Diagramación

CONTENIDO

Editorial	64
 Artículos Originales	
Síndrome Metabólico en trabajadores de oficina central de la SSJ.	66
González-Álvarez J.A., Ramírez-Cordero H., Luevanos-Velázquez A., Rodríguez-Rodríguez J.G., Esparza-Rubio D., Pérez-Castillo M.G., Rivera-Montero R., Zepeda-Alfaro M.D., Laureano-Eugenio J., Zenteno-Covarrubias G., Silva-Pavia H.E.	
Incidencia y determinación de factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán	74
Morales-Calderón A., Morales-Silva V., Alfaro-Alfaro N., Bernabé-Vargas J., Ramos-Hernández T. de J.	
Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette	80
Vargas-Moreno F.A., Cuevas-Guajardo L., Solano-Garrido A.1	
Cosméticos y Cosmecéuticos en México	89
Padilla-Camberos E., Flores-Valdes M.A., García-Fajardo J.A., Urzúa-Esteva E., Lugo-Cervantes E., García-Carvajal Z.Y.	
 Casi clínico	
Controversia en el manejo del absceso hepático amebiano	96
Vázquez-Corona A., Meza-Pérez J.A.	
 Cultura médica	
El fenómeno contemporáneo del acoso escolar “bullying” y la salud social en México	100
Flores-Larios E.A.	
La historia y filosofía de la cirugía plástica, Mural del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica, “Dr. José Guerrerosantos”	104
Fernández-Díaz, OF, Cano-Genel E, Guerrerosantos J.	
 Personajes ilustres de la salud	
Crónica de una Vida Entregada al servicio de sus semejantes “Dr. Alfredo Lepe Oliva”	107
Aguilar-Garay M. de L.	

EDITORIAL

Estimados lectores de SALUD JALISCO, bienvenidos a otro espacio de interesante contenido. El presente número de la revista de la Secretaría de Salud Jalisco pretende llevar hasta Ustedes, ocho interesantes trabajos que han sido elaborados por investigadores de diferentes instituciones de la República, esperamos que los disfruten, los analicen y por qué no, los critiquen, estamos abiertos a recibir sus comentarios.

Iniciamos con la continuación de un trabajo publicado en el número uno de esta revista, basado en el proyecto llevado a cabo entre los trabajadores de oficina central de la propia Secretaría de Salud Jalisco. En esta ocasión, el objetivo fue caracterizar a los trabajadores con síndrome metabólico en 2013. 123 (23.51%) de 523 trabajadores activos obtuvieron datos clínicos de síndrome metabólico.

Desde el Hospital Regional de Autlán, nos han enviado el trabajo titulado “Incidencia y determinación de factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán”, en donde nos dan a conocer que los principales factores de riesgo asociados a la infección de la herida fueron: la reintervención quirúrgica, el grado de contaminación de la herida al momento de la cirugía, edad de 70 años o más, cirugía de urgencia, estancia hospitalaria prolongada y el sexo masculino. Con una incidencia de infección del sitio quirúrgico del 4.62%.

La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, por conducto de investigadores de la Carrera de Enfermería, y dirigidos por la Dra. Leticia Cuevas Guajardo, nos comparte el interesante artículo: “Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette”, llevándonos de la mano a través de cada uno de los momentos que tuvo que vivir y vencer una madre para poder apoyar a su hijo en el control del Síndrome. Y que después de mucho batallar, por fin encontró un médico que diagnosticó de forma certera el problema, afrontándolo en el entorno familiar, escolar y social.

Cosméticos y Cosmecéuticos en México, es el tema en el que un grupo de investigadores del Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco, AC. (CIATEJ, AC.), nos hacen un llamado de atención por la falta de legislación respecto al concepto de “cosmecéutico”. Término que ha generado gran interés en el sector productivo, pero que, ni la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México, ni la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA, por

sus siglas en inglés, Food and Drug Administration), ni Europa Cosméticos (antes la Asociación de Cuidado Personal de Europa-COLIPA), reconocen este término dentro de su marco legal. Estableciendo de esta manera, por lo menos, las especificaciones mínimas que deben cumplir los establecimientos dedicados a la producción de los mismos.

El Hospital General de Occidente, nos comparte un caso clínico: “controversia en el manejo del absceso hepático amebiano”, donde los Doctores Vázquez Corona y Meza Pérez, nos presentan el caso de una paciente femenina de 17 meses de edad a la cual se le estableció el diagnóstico de absceso hepático amebiano, al haberse detectado tres abscesos hepáticos de predominio en el lóbulo hepático izquierdo. Finalmente el manejo establecido fue excelente.

El fenómeno contemporáneo del acoso escolar-“bullying” y la salud social en México, es un trabajo que presentamos en la sección de cultura médica, en donde el Dr. Flores Larios nos ilustra sobre el fenómeno que carece de modelos y explicaciones unicasales o simplistas, pues representa un tema complejo que comprende diversas dimensiones, tanto familiares, como institucionales de diferente índole. El artículo también trata sobre cómo deberá ser abordado el problema y que enfoque debe darse ante el abuso.

De igual manera, en la sección de Cultura médica, presentamos un artículo sobre el mural que se encuentra en el Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica y Reconstructiva “Dr. José Guerrerosantos”, titulado: “La Historia y Filosofía de la Cirugía Plástica, Mural Artístico del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica “Dr. José Guerrerosantos”, en el mismo los doctores Fernández Díaz, Cano Genel y el propio Guerrerosantos, nos ilustran con el significado de cada una de sus partes, el cual comprende desde la historia antigua, pasando por Egipto, India y Roma, el imperio Azteca, la Edad media, hasta los siglos diecinueve y veinte. Todo ello representa nueve meses de arduo trabajo del tapatío Guillermo Chávez Vega. Vale la pena visitar el Instituto con la revista SALUD JALISCO en mano, para admirar el trabajo artístico de este muralista.

Finalmente como personaje ilustre, presentamos la: “Crónica de una Vida entregada al servicio de sus semejantes, Dr. Alfredo Lepe Oliva”. Quienes lo conocimos lo recordamos con orgullo, con respeto y con gratitud. En el reducido espacio de estas páginas hacemos un sencillo homenaje en su memoria, solo podemos decir: “¡Gracias maestro!”.



Artículo original

Síndrome Metabólico en Trabajadores de las Oficinas Centrales de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013

González-Álvarez J.A. (1), Ramírez-Cordero H. (2), Luevanos-Velázquez A. (3), Rodríguez-Rodríguez J.G. (4), Esparza-Rubio D. (5), Pérez-Castillo M.G. (5), Rivera-Montero R. (5), Zepeda-Alfaro M.D. (5), Laureano-Eugenio J. (5), Zenteno-Covarrubias G.(5), Silva-Pavia H.E. (6).

(1) Secretario de Salud en Jalisco, (2) Director General de Salud Pública SSJ, (3) Director de Desarrollo Institucional SSJ, (4) Jefe del Departamento de Investigación SSJ, (5) Promotor y Asesor en Investigación SSJ, (6) Médico Pasante en Servicio Social.

Resumen

Objetivo: Caracterizar a los trabajadores de oficina central de la SSJ con síndrome metabólico en 2013. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo y transversal, entre los meses de julio a diciembre del 2013, donde participaron 523 trabajadores activos, a la fecha del estudio, constituido por personal del área administrativa, médica, paramédica, y servicios generales que aceptaron participar de manera voluntaria e informada. De esta muestra, 123 trabajadores obtuvieron datos clínicos de Síndrome Metabólico, de los cuales se analizaron algunas variables de interés, calculando frecuencias, medidas de tendencia central y porcentajes. **Resultados:** De los 123 trabajadores diagnosticados con síndrome metabólico, 64 (53%) fueron mujeres y 59 (47%) hombres, el grupo de edad de 40 a 49 años fue el mas afectado con 40 (32.5%), siguiéndole el de 50 a 59 con 36 (29.2%). El Índice de Masa Corporal (IMC) fue el parámetro que más se repitió en 47 (52.8%) de las mujeres, y en los hombres 58 (51.7%) lo fue el de cintura.

Palabras clave: Síndrome metabólico, salud pública, personal de salud.

Abstract

TARGET: Characterize to the worker of central office of SSJ with metabolic syndrome, 2013. It took out a study descriptive, **Material and method:** observational study between July and December of 2013, with the participation of 523 active workers, at the date of the study, formed by personnel of administrative, medic and paramedic area, together with general services that accept to participate voluntary and informed. Obtaining with the sample 123 workers with clinic data of metabolic syndrome, of which some variables of interest were analyzed, calculating frequencies, measures of central tendency and percentage. **Results:** of 123 workers diagnosed with metabolic

syndrome 64 (53%) were women and 59 (47%) were men, age group from 40 to 49 years old were the most affected, with 40 (32.5%) following the age group from 50 to 59 with 36 (29.2%). The body mass index (BMI) was the parameter that best repeated with 47 (52.8%) of women and 58 (51.7%) in men. It was the waist.

Key words: metabolic syndrome, public health, health personnel.

Introducción

El síndrome metabólico (SM) comprende un conjunto de factores de riesgo cardiovascular representado por obesidad central, dislipidemias, anormalidades en el metabolismo de la glucosa e hipertensión arterial, estrechamente asociado a resistencia a la insulina; actualmente no existe un criterio único para definirlo. No es una simple entidad independiente, sino que se desarrolla como un problema de salud causado por la combinación de factores genéticos y factores asociados al estilo de vida, especialmente el exceso de grasa corporal (particularmente la abdominal) y la inactividad física, los que favorecen el desarrollo de la misma, especialmente en los individuos que están genéticamente predispuestos a padecerlas.¹

La gran trascendencia del SM estriba en que las personas que lo padecen presentan un riesgo elevado de sufrir enfermedades vasculares con el consecuente aumento de la mortalidad por las mismas. Por ello, el National Cholesterol Education Program (NCEP) lo definió desde 2001 en el ATP III (Adult Treatment Panel III), teniendo en cuenta criterios epidemiológicos como la circunferencia abdominal, hipertrigliceridemia, la disminución de los niveles de HDL-colesterol, los niveles de presión arterial mayores o iguales a 130/85 mmHg y el incremento de los niveles de glucemia en ayunas.²

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de 1998, la presentación clínica del SM tiene una variación fenotípica, por ejemplo puede manifestarse inicialmente con hipertensión arterial u obesidad, esta última clasificada según el IMC arriba o igual a 30 kg/m^2 , y en otros como alteración de la regulación de la glucosa o de los lípidos u otros trastornos, por ejemplo, el perímetro de cintura.

En términos de aceptabilidad internacional, es muy importante observar que, en los EUA, la Asociación Americana del Corazón y el Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre, publicaron una declaración científica sobre el síndrome metabólico que contiene una clasificación actualizada del ATP III. En esta definición, no se considera necesario que exista un gran perímetro de cintura si tres de los otros factores de riesgo están presentes. La definición del ATP III deja espacio para unos umbrales de riesgo menores en cuanto al perímetro de cintura, especialmente en personas de origen asiático. Esta versión actualizada del ATP III y los nuevos criterios de la Federación Internacional de Diabetes (FID), identifican básicamente a las mismas personas como portadoras del síndrome metabólico. Por lo tanto, los criterios del ATP III y de la FID son prácticamente idénticos, al igual que lo son sus recomendaciones para el control clínico.³

La prevalencia del SM varía en dependencia de la definición empleada para determinarla, así como de la edad, el sexo, el origen étnico y el estilo de vida. En México, es uno de los principales problemas de salud, siendo sus dos complicaciones principales (cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus tipo 2) son las dos causas más frecuentes de muerte en el país, y del cual, el personal que labora en instancias de salud no están exentos, por lo que el diagnóstico oportuno permitirá aplicar intervenciones tempranas para propiciar cambios hacia estilos de vida más saludables y tratamientos preventivos para minimizar las complicaciones, por lo que la SSJ en el 2013 decidió llevar a cabo un estudio con el objetivo de describir la situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de Oficina Central de la Secretaría de Salud Jalisco en el 2013, dando a conocer en el presente artículo la caracterización de los trabajadores con síndrome metabólico.⁴

Material y Métodos

Entre los meses de julio a diciembre de 2013 se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y

transversal. Cuyo objetivo fue describir la situación de las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles en trabajadores de Oficina Central de la Secretaría de Salud Jalisco.

El total de los participantes de este estudio fue de 523 trabajadores activos en el sistema a la fecha del estudio, constituido por personal del área administrativa, médica y paramédica, y servicios generales que aceptaron participar de manera voluntaria e informada.

Para el diagnóstico de SM en este estudio se utilizaron los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la propia Secretaría de Salud de México, con ajustes en cuanto a los parámetros de cintura a igual o mayor a 90 cm en hombres, y mayor o igual a 80 cm en mujeres, así como dos o más de los siguientes: Hipertrigliceridemia $>$ o igual a 150 mg/dL , o tratamiento específico para esta anomalía; Colesterol HDL bajo $<$ a 40 mg/dL en hombres y $<$ 50 mg/dL en mujeres o tratamiento específico para esta anomalía; Presión arterial alta con cifras en la sistólica de $>$ o igual a 130 ó diastólica de $>$ o igual a 85 mm Hg o tratamiento para hipertensión previa; y Diabetes previa o glucosa anormal en ayuno de $>$ o igual a 100 mg/dL . Para esta investigación, se considero además el IMC, propuesto por la OMS, como un componente clínico más para identificar mas tempranamente el riesgo cardiovascular, aunque no es un parámetro considerado como tal por muchos investigadores, si es un indicador que determina a la obesidad. La Norma Oficial Mexicana (NOM) para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad refiere, de manera puntual dice, "Obesidad, enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2 ", por lo cual se consideró en este estudio, como un parámetro de relevancia, para la contribución al SM.⁵

Personal pasante de las carreras de medicina, nutrición y trabajo social previamente capacitados y con instrumentos de medición, realizaron las encuestas, las mediciones antropométricas y la tensión arterial, supervisados por un médico de base. La toma de glicemia capilar y perfil lipídico fue hecha por personal de laboratorio, previo ayuno y en una sola ocasión.

El personal se clasificó por grupos de 5 años a partir de los 20 de edad; área de adscripción y género.

Se llevó a cabo, una prueba piloto con 20 personas, con la finalidad de validar la encuesta y detectar posibles fallas en su ejecución, así como calcular el tiempo en su aplicación.

El trabajo presentó un mínimo de riesgos físicos a los trabajadores sujetos de estudio, solamente el que fue ocasionado por la punción capilar para la toma de muestra de sangre para los exámenes de laboratorio enunciados.

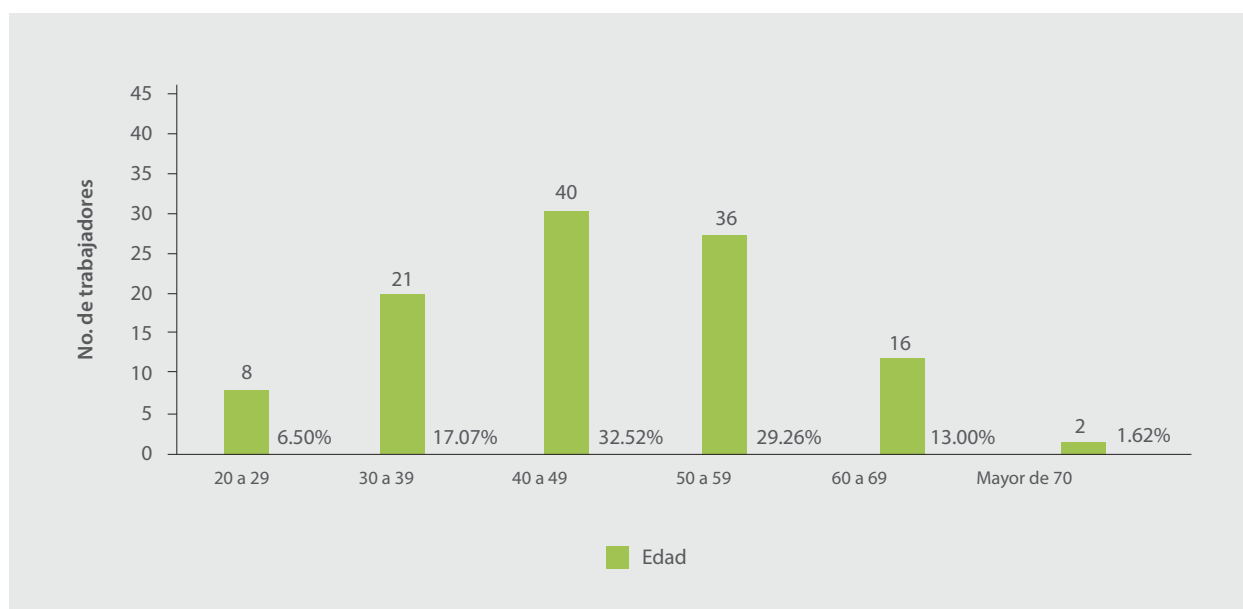
De los 523 trabajadores, 123 fueron diagnosticados con Síndrome Metabólico, los cuales fueron incluidos en el presente análisis de investigación. Se analizaron variables de edad, sexo, datos clínicos diagnósticos.

Los datos se procesaron en PC compatible, utilizando los programas, Excel, EpiInfo 7 para el análisis, calculando frecuencias, porcentaje y medidas de tendencia central.

Resultados

De los 523 trabajadores que participaron en el estudio, los 123 con síndrome metabólico representan el 23.5%, de éstos el 53.0% (64) fueron mujeres y 47.0% (59) hombres. Al distribuirlos por grupo de edad, 32.5% (40) corresponden al grupo de 40 a 49 años y el grupo que menos tiene es el de mayores de 70 años 1.6% (2). Estos datos se presentan en el gráfico 1.

Gráfico 1.
Grupos de edad de los trabajadores de oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco con síndrome metabólico, 2013.

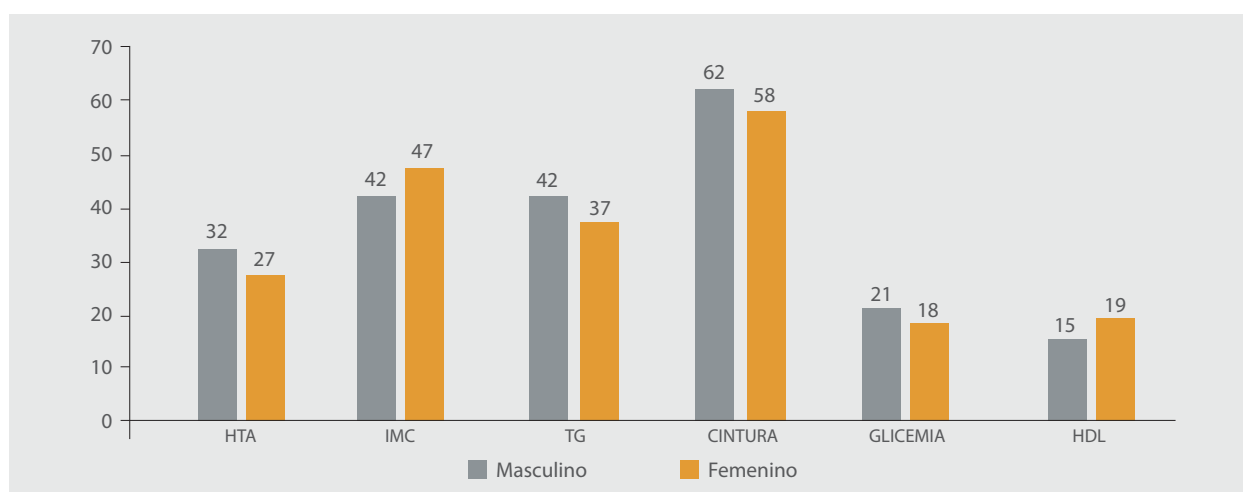


Fuente: Encuesta y tamizaje. ECDTOC/2013

Al representar los parámetros diagnósticos más frecuentes por sexo, se identifica que cintura, es la de mayor porcentaje con un 97.6% (120), al distribuirla por sexo esta variable el 51.7% (62)

son hombres. El parámetro diagnóstico con menor porcentaje fue el de HDL con un 27.6% (34). El resto de los parámetros de diagnóstico se representan en el gráfico 2.

Gráfico 2.
Comparativa por sexo de parámetros diagnósticos más frecuentes en trabajadores con síndrome metabólico en oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013.



El total de trabajadores diagnosticados con SM a partir de 3 parámetros es de 54, que representa el 43.9%. La triada de IMC, cintura y TG es la de mayor porcentaje con el 55.5%, siendo el grupo de edad de 40 a 49 años el mas afectado. Estos datos se aprecian en la tabla 1.

Tabla 1.
Comparativa por edades de trabajadores con 3 parámetros diagnósticos más frecuentes para síndrome metabólico en oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013.

EDADES	IMC + CINTURA + TG		IMC + CINTURA + TA		GLICEMIA + IMC + CINTURA	
	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	3	(2.43%)	1	(0.81%)	0	(0%)
30 A 39 AÑOS	7	(5.69%)	1	(0.81%)	4	(3.25%)
40 A 49 AÑOS	14	(11.38%)	4	(3.25%)	4	(3.25%)
50 A 59 AÑOS	5	(4.06%)	7	(5.69%)	2	(1.62%)
60 A 69 AÑOS	1	(0.81%)	1	(0.81%)	0	(0%)
70 Y MAS	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
TOTAL	30	(24.39%)	14	(11.38%)	10	(8.13%)

Fuente: Encuesta y tamizaje. ECDOCTOC/2013

El total de trabajadores diagnosticados con SM a partir de 4 parámetros es de 15, que representa el 12.2% del total. Los cuatro factores clínicos que mayor presentan fueron

IMC, cintura, TA, y TG, representando el 40% del total de trabajadores con cuatro factores clínicos, el resto de los datos se pueden apreciar en la tabla 2.

Tabla 2.
Comparativa por edades de trabajadores con 4 parámetros diagnósticos más frecuentes para síndrome metabólico en oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013.

IMC + CINTURA + TG + HDL			IMC + CINTURA + TA + TG		GLICEMIA + TA + TG + CINTURA	
EDADES	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	1	(0.81%)	1	(0.81%)	0	(0%)
30 A 39 AÑOS	1	(0.81%)	0	(0%)	0	(0%)
40 A 49 AÑOS	1	(0.81%)	0	(0%)	3	(2.43%)
50 A 59 AÑOS	1	(0.81%)	1	(0.81%)	1	(0.81%)
60 A 69 AÑOS	0	(0%)	3	(2.43%)	1	(0.81%)
70 Y MAS	0	(0%)	1	(0.81%)	0	(0%)
TOTAL	4	(3.25%)	6	(4.87%)	5	(4.06%)

Fuente: Encuesta y tamizaje. ECDTOC/2013

El total de trabajadores diagnosticados con SM a partir de 5 parámetros es de 9, que representa el 7.3% del total. El grupo de edad con mayor número de trabajadores con cinco parámetros, es el de 50 a 59 años con el 66.7% [6]. El resto de los datos se pueden apreciar en la tabla 3.

Tabla 3.
Comparativa por edades de trabajadores con 5 parámetros diagnósticos más frecuentes para síndrome metabólico en oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco, 2013.

IMC + CINTURA + TG + HDL + TA			IMC + CINTURA + HDL + TG + GLICEMA		GLICEMIA + IMC + CINTURA + TA + TG	
EDADES	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE
20 A 29 AÑOS	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
30 A 39 AÑOS	0	(0%)	0	(0%)	1	(0.81%)
40 A 49 AÑOS	1	(0.81%)	0	(0%)	1	(0.81%)
50 A 59 AÑOS	2	(1.62%)	3	(2.43%)	1	(0.81%)

IMC + CINTURA + TG + HDL + TA			IMC + CINTURA + HDL + TG + GLICEMA		GLICEMIA + IMC + CINTURA + TA + TG	
EDADES	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE	TRABAJADORES	PORCENTAJE
60 A 69 AÑOS	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
70 Y MAS	0	(0%)	0	(0%)	0	(0%)
TOTAL	3	(2.43%)	3	(2.43%)	3	(2.43%)

Fuente: Encuesta y tamizaje. ECDTOC/2013

Discusión

La obesidad y el Síndrome Metabólico son entidades clínicas complejas y heterogéneas con un componente genético, cuya expresión está influida por factores tanto ambientales, sociales, culturales como de estilo de vida, entre otros. Se trata de una asociación de entidades nosológicas que pueden o no aparecer conjuntamente o tener una secuencia en la misma persona.

Al explorar otros estudios se encontró que en 160 trabajadores de un hospital de Monterrey, México, la prevalencia de SM fue de 38.1%,⁶ un 14.6% mayor que los resultados obtenidos en este estudio. Por otro lado, existe un estudio realizado en Barranquilla Colombia en trabajadores de la Universidad Libre Seccional de Barranquilla en el 2009; en la cual la prevalencia de síndrome metabólico fue de 23.39%,⁷ esto es apenas un 0.2% abajo de la prevalencia de este estudio.

En un hospital de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social⁸ se obtuvo una prevalencia de 29.5%, esto es 6% mayor que la obtenida en el presente estudio. De acuerdo con la definición de la OMS, el SM tiene una prevalencia en la comunidad mundial de 64% en varones y 42% en mujeres con alteración en la glucosa de ayuno o intolerancia, esto es un 17% por arriba de los resultados de este estudio en hombres, y 11% por debajo de lo encontrado en mujeres.

Los resultados del presente trabajo (SM-SSJ) destaca el grupo de edad de 40 a 49 años con la mayor prevalencia de SM (32.5%), el cual coincide con los resultados descritos por Palacios Rodríguez en un estudio con trabajadores del IMSS.⁸

De igual manera se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal y descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar 67 de la Delegación Regional del Estado de México Oriente, Instituto Mexicano del Seguro Social,

ubicada en el área metropolitana de la ciudad de México, mostró en 90 trabajadores una frecuencia global de SM de 40%, 67 (74 %) fueron mujeres y 23 (26 %) hombres, con una frecuencia global de síndrome metabólico de 40 %.⁸

La detección del SM en empleados de 40 a 65 años, en diferentes regiones de Argentina, encontró una prevalencia de 31%, 30% y 26%.⁹

Otra investigación en trabajadores de un hospital general de zona del Instituto Mexicano del Seguro Social mostró una prevalencia de síndrome metabólico de 29.5 %, donde el 74% fueron mujeres y el 26% hombres con una frecuencia global de síndrome metabólico de 40%.⁸

El parámetro diagnóstico más frecuente encontrado en el estudio SM-SSJ, fue el de cintura con un 97.6%, mientras que el parámetro encontrado con mayor presencia, en una investigación con trabajadores del IMSS⁸ fue la concentración sérica de triglicéridos con un 66%; en otra investigación realizada en trabajadores de la Universidad Libre de Barranquilla, la obesidad central se identificó en el con 93.1% si se considera que los valores de cintura fuera de rango se relacionan directamente con la presencia de grasa intraabdominal.⁷

Se encontró que, al analizarse por sexo, el 62% de los hombres del estudio SM-SSJ fueron los que presentaron mayormente el parámetro cintura fuera de rango. En un estudio realizado con trabajadores del IMSS se encontró que las mujeres presentaron como mayor parámetro fuera de rango las concentraciones de HDL < 50 mm/dL con 97 %, ⁸ comparado con los resultados del estudio SM-SSJ, un 15.4% observando una diferencia porcentual importante, siendo necesario considerar las edades de las mujeres participantes en ambos estudios.

En este mismo estudio el sobrepeso y la obesidad fueron prevalentes en un 78 %. El 69 % de los hombres y el 85 % de las mujeres presentaron obesidad central. Concluyendo

que la prevalencia del síndrome metabólico y la obesidad son preocupantes por que deben tomarse acciones oportunas para disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular en esta población.⁶

En otra investigación realizada con personal del IMSS, el principal criterio relacionado fue la concentración sérica de triglicéridos; sin embargo, el sexo femenino presentó mayor predisposición a concentraciones de HDL < 50 mm/dL (97 %) y a obesidad central: siete de cada 10 mujeres. De total del personal de salud, 77 (86 %) tuvieron alteraciones en HDL y 88 % de los trabajadores con el síndrome presentaron niveles bajos. Los triglicéridos se encontraron elevados en 59 (66 %) y en 29 (85 %) con síndrome metabólico. El principal parámetro, o criterio, en lo general lo fue la concentración sérica de triglicéridos, siendo las mujeres las que destacan.⁸

En un estudio llevado a cabo en trabajadores de la Universidad Libre de Barranquilla, los factores de riesgo cardiovascular hallados fueron: Obesidad central, 93.1%, Hipertri-gliceridemia, 75.86%, Presión arterial sistólica, 55.17%, Colesterol HDL bajo, 72.41%.⁷

El 83% de los trabajadores del estudio (SSJ-SM), presentó, como factor importante para Síndrome Metabólico, el perímetro de cintura abdominal anormal, frente al 59.4%, 23.6% por arriba de lo reportado en un estudio hecho por Echeverry, Díaz Tatiana de la Universidad de La Sabana, en Bogotá, Colombia.⁹

Conforme la edad, en el presente estudio, el grupo de 40 a 49 años presentó mayor frecuencia, seguido del de 50 años a 59. En la investigación con personal de salud de una unidad de medicina familiar del IMSS el grupo de 40 a 49 años presentó mayor frecuencia seguido el de 30 a 49 años.⁸

Conclusiones

Los resultados encontrados en el estudio SM-SSJ, son similares a los resultados publicados por otras investigaciones realizadas con población de trabajadores de diversas instituciones, investigaciones que deben servir para detectar a tiempo este problema metabólico que permita aplicar intervenciones que propicien un cambio en el estilo de vida por uno más saludable, en especial de los trabajadores de la salud.

Debe destacarse que el grupo de edad, para grupos cautivos, con mayor prevalencia del SM es el de 40 a 49 años. Por lo tanto los resultados alertan sobre la necesidad

de educar a la población para el control de los factores de riesgo y la práctica de hábitos saludables.⁸

Considerando los parámetros fuera de rango por nosotros incluidos en este estudio, (IMC, TA, TG's, Cintura, Glicemia y HDL), deben ser analizados a fin de establecer puntos de acuerdo entre las distintas instituciones de salud en torno a un abordaje homogéneo del problema que permita en el corto y mediano plazo contrastar y evaluar los esfuerzos que se hacen para responder a la situación de la obesidad y sus comorbilidades.

La presente investigación, junto con otras realizadas en otras partes de América, deben servir para detectar a tiempo este problema metabólico que permita aplicar intervenciones que propicien un cambio en el estilo de vida por uno más saludable, en especial en este caso, de los trabajadores de la salud, para así dar tratamientos preventivos que impidan el avance a las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares.

Esta investigación destaca la importancia de realizar estudios en un amplio sector de la población, para propiciar la oportuna intervención que lleve a reducir eventos coronarios o cerebrovasculares que conducen a discapacidad laboral.

Recomendaciones

Tomando en consideración la heterogeneidad en el criterio de la definición del SM, es importante considerar lo que otras investigaciones han concluido en relación a la actividad física moderada-vigorosa, como factores de estilo de vida asociados con un menor riesgo de padecer enfermedades crónico no transmisibles.

La obesidad abdominal constituye un problema de salud en la población estudiada, tomando en cuenta lo que otras investigaciones han concluido: Los individuos que presentan obesidad abdominal tienen un riesgo mayor de presentar alteraciones metabólicas, tales como bajos niveles de HDL colesterol, altos valores de triglicéridos y de colesterol total, así como alteraciones de la glucemia e hipertensión.¹¹

Debe considerarse lo que la Sociedad Mexicana de Endocrinología y Nutrición ha publicado varios consensos sobre la obesidad y el síndrome metabólico. Además existen documentos emitidos por grupos de Estados Unidos, Canadá y de organismos internacionales que buscan consensos en la identificación, diagnóstico, tratamiento y prevención de estas entidades.⁶

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez MB, Cabrera RM, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en los trabajadores de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Revista electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. ISSN; 1727-897X, Medisur 2005; 3 (2). Pag. 23
2. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Cholesterol in Adults Human (Adult Treatment Panel III). JAMA.) 2001; 285:2486-97.)
3. Zimmet P, Alberti G. Rev. Diabetes Voice. La definición de la FID, porque necesitamos un consenso mundial. Mayo 2006, Volúmen 51 número especial. Pag 14.
4. González-Alvarez JA; Blackaller-Ayala J; Luevanos A.; Rodríguez JG, et al. Situación de las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles en trabajadores de oficina central de la Secretaría de Salud Jalisco. Rev. Salud Jalisco. 2014. Pág. 11.
5. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana, NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
6. Mathiew-Quiroz, A., Salinas-Martínez, A.M., Hernández-Herrera, R. J., & Gallardo_Velab, J.A. (2014). Síndrome metabólico en trabajadores de un hospital de segundo nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 52(5), 580-7.
7. Lizarazu-Díazgranados I, Rossi-Trespalcacios C, Iglesias-Acosta J, Mendoza-Torres E. (2010). Síndrome metabólico en trabajadores de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, 2009; Metabolic syndrome in staff and faculty of Universida Libre in Barranquilla, 2009. Salud Uninorte, 26(1), 41-53.
8. Palacios-Rodríguez RG, Paulín-Villalpando P, 1 Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 48(3): 297-302.
9. Echeverry-Díaz T. Universidad de la Sabana, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogota D. C. Colombia, 2011. Pag 35.
10. Coniglio R, Nellem J, Gentili R, Sibeichi R, Agusti E, Torres M (2009). Síndrome Metabólico en empleados en la Argentina. Medicina (Buenos Aires), 69(2), 246-252.
11. González MC, Rodríguez MB, Giraldoni AF, Cañizares YC. (2011). Obesidad abdominal, parámetro antropométrico predictivo de alteraciones del metabolismo. Revista Finlay, 1(2), 81-90.

Artículo original

Incidencia y determinación de factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán

Morales-Calderón A. (1), Morales-Silva V. (2), Alfaro-Alfaro N. (3), Bernabé-Vargas J. (4), Ramos-Hernández T. de J. (4).

(1) Cirujano General. (2) Cirujano General y Coordinadora de Desarrollo Institucional en el Hospital Regional de Autlán, (3) Profesor investigador titular del Instituto regional de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Médico especialista adscrito al Departamento de Evaluación de la Secretaría de Salud Jalisco. Ex presidente de la Asociación Mexicana de Educación en Salud Pública., (4) Enfermera General adscrita al Hospital Regional de Autlán.

Resumen

Objetivo: Determinar la incidencia y analizar los factores de riesgo que se asocian a la infección del sitio quirúrgico. **Material y Métodos:** Estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo. Incluyó pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán del 1 julio 2012 al 30 junio 2013 y que presentaron infección de la herida quirúrgica basado en los criterios enmarcados en la NOM 26. El análisis estadístico se hizo a través del Epi Info 6 para obtener incidencia de la enfermedad y los factores de riesgo asociados.

Resultados: La incidencia de infección del sitio quirúrgico fue de 4.62%. Los principales factores de riesgo asociados a la infección de la herida fueron la reintervención quirúrgica, el grado de contaminación de la herida al momento de la cirugía, edad de 70 años o más, cirugía de urgencia, estancia hospitalaria prolongada y el sexo masculino. La incidencia de infección nosocomial fue de 5.5% y su causa principal: la infección del sitio quirúrgico. Las bacterias que se aislaron con mayor frecuencia e la infección fueron las Gram negativas, principalmente E. coli. **Conclusiones:** Debemos continuar con la vigilancia epidemiológica de los pacientes sometidos a cirugía para mantener o disminuir la presentación de la infección del sitio quirúrgico.

Palabras Clave: Infección de Heridas, Infección del Sitio Quirúrgico, Infección Nosocomial.

Abstract

Objective: Identify the incidence and analyze risk of factors associate with surgical infection wound. **Material and methods:** Longitudinal, prospective and descriptive research. Included patients undergoing to surgical intervention in the service general surgery of Hospital Regional de Autlan since

1 July 2012 to 30 June 2013 that developed surgical infection site based on criteria of the NOM 26. Statistical analysis was done with Epi info 6. **Results:** Incidence of infection surgical site was 4.62%. Principal risk factors associate with surgical infection wound were surgical re intervention, grade of contaminated wound, age 70 years or more, emergency surgery, long hospital stay and male sex. Incidence of nosocomial infection was 5.5% and as etiology principal: infection surgical site. Bacteria involved in the infection were negative Gram, principally E. coli. **Conclusions:** Epidemiologic surveillance must continue to maintain or reduce presentation of surgical infection site.

Key Words: Surgical Infection Wound, Infection Surgical Site, Nosocomial Infection.

Introducción

La Infección Nosocomial (IN) representa un problema de salud pública para todos los servicios de salud en el mundo. Las 3 primeras de causas de esta entidad patológica son la neumonía, la infección de vías urinarias y la infección del sitio quirúrgico. A finales del 2011, el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, publicó un trabajo de investigación, reportando como primera causa de IN a la neumonía (33.2%), Infección de vías urinarias (24.6%) y en tercer lugar a la infección del sitio quirúrgico (ISQ) (15.5%).¹ El diagnóstico de ISQ se basa en los criterios de la Norma Oficial Mexicana 026-SSA2-1998 y se divide en: Infección de herida quirúrgica incisional superficial, Infección de herida quirúrgica incisional profunda y la Infección de órganos y espacios.²

Diferentes estudios han identificado factores de riesgo que pueden influir en la aparición de la ISQ; entre otros cabe

destacar: **Factores Intrínsecos:** Desnutrición y depleción proteica, edad avanzada, diabetes, cáncer, enfermedad vascular crónica y obesidad, alteración de la función inmune por enfermedad o regímenes terapéuticos, hábito de fumar, falla orgánica crónica, infección recurrente en un lugar remoto, perfusión tisular disminuida y APACHE de 15 o más. **Factores Extrínsecos:** Lavado de manos para el acto quirúrgico, preoperatorio prolongado (más de 24 hrs), hospitalización prolongada, reoperación, rasurado, vestuario quirúrgico, duración de la cirugía, climatización, instrumental, técnica quirúrgica, antisepsia de la piel, antibióticos profilácticos, esterilización.^{1, 2, 3, 4, 5, 9}

Para los propósitos del seguimiento de los pacientes en el programa de vigilancia de la herida, se utiliza la clasificación, según el riesgo de contaminación, en: herida limpia, limpia contaminada, contaminada y sucia.^{1, 2, 3, 5, 9} De acuerdo al tipo de herida se asume un riesgo inherente de infección, el cual es para la herida limpia 2%, limpia contaminada 5-10%, contaminada 10-20%, sucia más de 20%.^{3, 5}

La microbiología de la infección de las heridas varía según el grado de contaminación, así en las operaciones limpias son más frecuentes los gérmenes grampositivos, entre ellos el *Stafilococo aureus*. En las heridas de los procedimientos de tubo digestivo y tracto genital femenino las bacterias principalmente aisladas son *Escherichia coli*, *Bacteriodes fragilis*, *Klebsiella* y *Clostridium species*.

El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) implementó un plan para disminuir y prevenir la morbilidad por ISQ: la profilaxis antibiótica.^{4, 5, 6, 7} Existen otras medidas preventivas para disminuir la posibilidad de la ISQ como son: el programa permanente de vigilancia epidemiológica, limpieza del tracto gastrointestinal, tricotomía mínima y preoperatoria inmediata, manejo quirúrgico de excelencia y manejo médico perioperatorio en pacientes con alto riesgo (normoglucemia, normotermia e hiperoxigenación).¹⁰

El objetivo de este trabajo es identificar la incidencia y analizar los factores de riesgo que se asocian a la infección del sitio quirúrgico, dentro del servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo, en todos los pacientes sometidos a cirugía servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán del 1 de julio 2012 al 30 junio 2013.

Criterios de Inclusión

I. Todos los Pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán del 1 julio 2012 al 30 junio 2013.

Criterios de Exclusión

I. Pacientes que fueron sometidos a cirugía en otra unidad médica u otro servicio quirúrgico del Hospital Regional de Autlán, aunque hayan requerido de nuestro manejo posterior.

Criterios de Eliminación

I. Pacientes que no sea posible documentar las variables de estudio porque no estén asentadas en el expediente clínico o no cuenten con este.

Resultados

Se estudiaron 303 pacientes que fueron sometidos a cirugía dentro del servicio de Cirugía General del Hospital Regional de Autlán, y que cumplieron los criterios de inclusión.

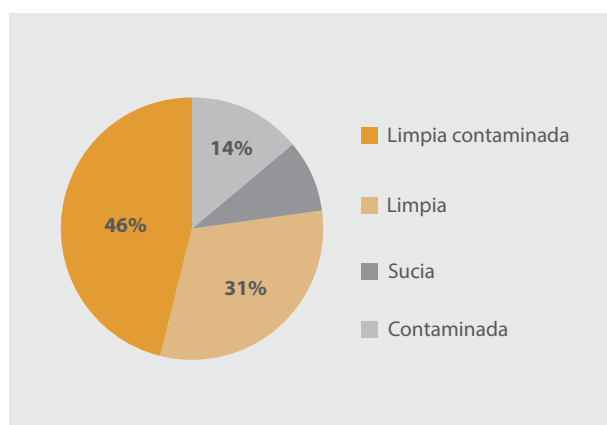
La distribución de los casos de acuerdo al sexo fue 52% de mujeres y 48% hombres. 56% de las cirugías fueron electivas y 44% urgentes. Con respecto a la comorbilidad, el 22% tenía al menos una enfermedad concomitante, siendo la hipertensión arterial la más frecuente, seguida de la obesidad, diabetes mellitus, EPOC, etc. (tabla 1).

Tabla 1.
Datos Generales

Variable	No. de Casos	Porcentaje
Hombres	150	48%
Mujeres	163	52%
Enfermedades Concomitantes		
Diabetes Mellitus	10	3%
Hipertensión arterial Sistémica	16	5%
Obesidad	16	5%
EPOC	10	3%

De acuerdo a la clasificación de tipo de herida, encontramos que 45% fueron heridas limpias contaminadas, seguidas de las heridas limpias 31%, contaminadas 14% y las sucias 10% (gráfico 1).

Gráfico 1.
Tipo de heridas.



La ISQ se presentó en 14 pacientes, es decir en el 4.62% (gráfico 2). La distribución de los casos por tipo de herida fue la siguiente: herida limpia 0%, heridas limpias contaminadas 4.3%, heridas contaminadas 9.5% y el 14.3% para las heridas sucias (tabla 2). De los casos de infección del sitio quirúrgico 10 se presentaron en hombres y 4 en mujeres.

Gráfico 2.
Incidencia de Infección del sitio quirúrgico.

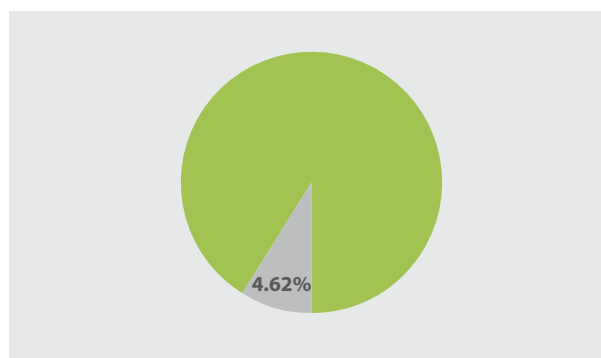


Tabla 2.
Distribución de los casos por tipo de herida.

Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ)	Tipo de Herida				
	Limpia	Limpia Contaminada	Contaminada	Sucia	Total
Sí	0	6	4	4	14 (100 %)
No	95	132	38	24	289
% de infección por tipo de herida	0%	4.3%	9.5%	14.3%	4.6%

De las 176 cirugías electivas 1 paciente se infectó (0.6 %), y de las 127 cirugías de urgencia 13 casos se infectaron (10.2 %) (Tabla 3). Debido complicaciones postquirúrgicas de los 313 pacientes que entraron al trabajo de investigación 4 pacientes ameritaron reoperación (1.3%), y de estos pacientes, 3 presentaron (tabla 4).

Recibieron antibiótico preoperatorio el 79.86% de los pacientes sometidos a cirugía (electiva o de urgencia). El más frecuentemente utilizado en cirugía electiva fue la ceftriaxona (47.8%).

Los diagnósticos de ingreso de los pacientes que presentaron infección de la herida y su asociación al tipo de cirugía se describe en la tabla 4.

Tabla 3.
Asociación entre infección de la herida y tipo de cirugía.

Infección del Sitio Quirúrgico (ISQ)	Tipo de Cirugía		
	Urgente	Electiva	Total
No	114	175	289
Sí	13	1	14
% de cirugías infectadas	10.2%	0.6%	4.6

Tabla 4.
Diagnósticos de los pacientes con infección del sitio quirúrgico.

Diagnóstico	Tipo de cirugía	Reoperación	Antibiótico Profilaxis	Tipo de herida
Mordedura de Serpiente	Urgente	No	Sí	Sucia
Necrosis de ileostomía	Urgente	Sí	Sí	Contaminada
Apendicitis II	Urgente	No	No	Limpia contaminada
Apendicitis III	Urgente	No	Sí	Limpia contaminada
Piocollecisto	Urgente	No	Sí	Sucia
Perforación de intestino delgado (3 casos)	Urgente	1 Caso se reoperó	Sí	Contaminada (2) Limpia contaminada (1)
Absceso Intrabdominal	Urgente		Sí	Sucia
Colecistitis Crónica Litiásica	Electiva		Sí	Limpia contaminada
Trauma en pierna con amputación	Urgente	Sí	No	Sucia
Hernia inguinal estrangulada (2)	Urgente	No	Sí	Limpia contaminada (2)
Fuga y obstrucción de anastomosis de intestino delgado	Urgente	Sí	No	Contaminada

La distribución de los casos de infección por grupo etario podemos verla en la tabla 5, siendo el grupo de 70 años o más el de mayor vulnerabilidad con 6 pacientes infectados.

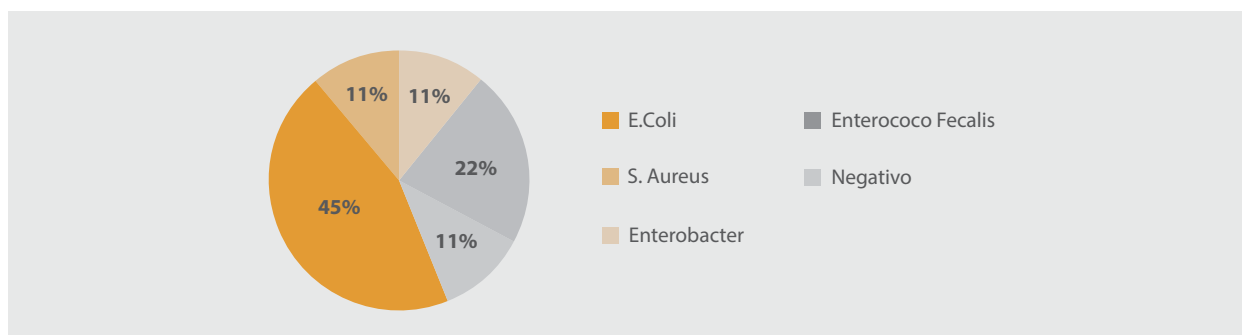
Tabla 5.
Distribución de casos de infección de la herida quirúrgica por grupo de edad.

	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71 y más	Total
No infección	36	48	54	47	39	19	20	26	289
Sí infección	2	1	1	2	1	1	0	6	14
% de infección	5.26%	2%	1.8%	4%	2.5%	5%	0%	18.75%	4.6%

Como parte de protocolo para infección de heridas se realizaron cultivos. De los 14 pacientes que se infectaron a 10 se les cultivo para aerobios. Un cultivo fue reportado como negativo el crecimiento bacteriano y otro no fue posible recabar el resultado debido a que

el paciente fue trasladado a tercer nivel. La bacteria que con mayor frecuencia se aisló fue E. coli en 4 pacientes, seguido del Enterococo fecalis en dos casos y el Enterobacter y S. aureus con un caso cada uno (gráfico 3).

GRÁFICO 3.
Bacterias aisladas en cultivos.



Con relación a la estancia hospitalaria la ISQ se presentó de la siguiente manera: en pacientes con estancia hospitalaria de 1-3 días presentaron infección el 1.6%, los

de estancia de 4-6 días fue de 3.1%, con estancia de 7-14 días de 29.2% y para aquellos con estancias de más de 15 días fue de 66.7% (tabla 6).

Tabla 6.
Relación de infección del sitio quirúrgico con la estancia hospitalaria.

Infección de la herida	Estancia hospitalaria				
	1-3 días	4-6 días	7-14 días	MAS DE 15 días	TOTAL
No	240	31	17	1	289
Si	4	1	7	2	14
% de infección	1.6	3.1 %	29.9%	66.6%	4.6 %

Además de los 14 casos de infección de la herida quirúrgica, también se presentaron otros dos casos de infección intrahospitalaria, como lo fue una infección de vías urinarias y un caso de varicela, con una incidencia

de infección nosocomial en el servicio de Cirugía General de 5.5%. Como causa de infección nosocomial, la infección de la herida quirúrgica representó el 88% de los casos.

Discusión

En este trabajo de investigación se incluyeron 313 pacientes. El 52% fueron mujeres y el resto hombres. El 56% de los procedimientos se hicieron de forma urgente. La comorbilidad documentada en estos casos fue la Hipertensión Arterial, seguido de la Diabetes Mellitus y EPOC. Hallazgos que concuerdan con la investigación elaborada por el INCMNSZ.¹

Al igual que en otras referencias nosotros también pudimos constatar que el principal factor predictor de infección de la herida quirúrgica es el grado de contaminación de la herida durante el procedimiento quirúrgico.^{1, 2, 3, 5, 9} En nuestros resultados observamos que para las heridas limpias la incidencia de ISQ fue de 0%, para las limpias contaminadas de 4.3%, para las contaminadas de 9.5% y para las sucias de 14.3%, lo cual está por debajo de lo que encontraron en otros estudios clínicos.^{2, 3, 5}

Los principales factores predisponentes que encontramos para la infección de la herida quirúrgica fueron: el grado de contaminación de la herida al momento de la cirugía, cirugía de urgencia, re-intervención quirúrgica, prolongada estancia hospitalaria, presencia de complicaciones quirúrgicas, edad igual o mayor a 70 años y el sexo masculino en una proporción de 3:1. Coincidiendo con lo referido por otros autores.^{1-5, 9}

Respecto a la microbiología encontrada en los cultivos de las heridas, las bacterias Gram negativas, en especial *E. coli*, son las principales bacterias que ocasionaron la infección quirúrgica, datos encontrados en el reporte del Instituto de Nutrición y por Lara.¹⁻⁴

El antibiótico profiláctico es una práctica común por los cirujanos de nuestro hospital tanto para cirugía programada como de urgencia. La ceftriaxona es el antibiótico profiláctico con mayor frecuencia utilizada para cirugía electiva donde se presentó solo un caso de infección quirúrgica. Datos referidos en el trabajo de investigación de otros autores,² donde encontraron una prevalencia mayor de infección quirúrgica para cirugía electiva y menor porcentaje en la práctica de utilización de antibiótico profilaxis.²

La frecuencia de ISQ fue de 4.62. Además, la presencia de infección nosocomial en el servicio de cirugía durante el año de estudio fue de 5.5%, teniendo como principal causa la ISQ, seguido de la infección de vías urinarias y un cuadro de varicela. Respecto a esto podemos comentar que esta tasa de infección nosocomial en el servicio está dentro de lo esperado, pero faltaría tener

una mayor vigilancia sobre pacientes a los que se les coloca catéter urinario.^{2, 3, 5}

Conclusiones

La frecuencia de infección del sitio quirúrgico nuestro servicio está dentro de los límites contemplados en la literatura médica. El grado de contaminación de la herida al momento de la cirugía es el principal factor de riesgo predictor de infección. Debemos continuar con el programa de vigilancia epidemiológica de los pacientes sometidos a cirugía para mantener o disminuir la presentación de la infección del sitio quirúrgico.

Dr. Alfredo Morales Calderón

Hospital Regional de Autlán

Dirección Postal: Hospital Regional de Autlán.

Prolongación Matamoros 810 CP 48900

e-mail: morcalf@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. "Medición de la prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales generales de las principales instituciones públicas de salud. Informe documental en extenso. México DF, 11 de noviembre, 2011.
2. NOM 026-SSA2-1998. Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
3. López-Tagle D. Infección de la herida quirúrgica. Aspectos epidemiológicos Rev Cubana Med Milit 2007;36(2).
4. Lara TS. Identificación de la flora bacteriana posterior al uso de solución salina e iodine en el tejido celular subcutáneo e impacto en el desarrollo de infecciones de la herida quirúrgica en apendicitis aguda. Revista de especialidades médico-quirúrgicas vol. 11 no. 2 pag. 34-40 May Ago 2006.
5. Bisso A. Antibioticoterapia en infecciones quirúrgicas graves. Revista de la Sociedad de Cirujanos Generales de Peru Pag 18-24. 2005.
6. Lista de Verificación de Cirugía Segura OMS.
7. Priante-Amador F. Antibioticoterapia profiláctica en colecistectomía laparoscópica electiva. Rev Sanid Militar Mex 2005; 59 (6) Nov-Dic 359-362.
8. Issue date: October 2008 Surgical site infection Prevention and treatment of surgical site infection. www.nice.org.uk. National Institute for Health and Clinical Excellence.
9. www.nursingtimes.net / Vol 108 No 27 / Nursing Times 03.07.12.
10. Pérez-Castro J. Seguridad del paciente; una prioridad nacional. Academia Mexicana de Cirugía.

Artículo original

Vivencias de una mujer mexicana cuyo hijo padece Síndrome de Tourette

Vargas-Moreno F.A. (1), Cuevas-Guajardo L. (2), Solano-Garrido A.1

(1) Pasantes de la Carrera de Enfermería, (2) Profesora Titular "C" de la Carrera de Enfermería. Investigadores de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Resumen

El problema que motivó la investigación fue el de apreciar los avatares que tuvo que vivir y vencer Guadalupe para poder apoyar a su hijo en el control del Síndrome de Tourette (ST) que padece. El ST es un trastorno neuropsiquiátrico crónico que se caracteriza por la presencia de tics motores y vocales que deberán estar presentes por más de un año. El objetivo consistió en aportar un documento que contiene la información de las vivencias que tuvo que enfrentar en la sociedad mexicana Guadalupe, y con esto, crear conciencia en los profesionales de la salud de la importancia de emitir un diagnóstico certero y bien fundamentado a los pacientes y sus familias. Señalando la relevancia de la educación que se debe proporcionar acerca del padecimiento a la familia, al paciente y a la sociedad. Juan era un niño normal que a los 7 años se contagió de sarampión; a partir de ahí Guadalupe notó cambios en la conducta de su hijo; al buscar ayuda médica le dieron diagnósticos erróneos que la preocuparon y desesperaron. Después de batallar, por fin encontró un médico que diagnosticó de forma certera el problema que tiene su hijo. Posteriormente juntos enfrentaron problemas en el entorno familiar, escolar y social. Guadalupe nunca dejó de darle apoyo a su hijo, el cual ha sido de tal importancia que Juan actualmente terminó ya una licenciatura. Cabe destacar que el objetivo del tratamiento es optimizar el funcionamiento individual y familiar y no necesariamente eliminar los tics.

Palabras clave

Síndrome de Tourette, vivencias, investigación cualitativa.

Abstract

The problem that gave rise to the investigation was the avatars that had to live and beat Guadalupe in order to support her son in control of Tourette Syndrome (ST) suffering appreciate. ST is a chronic neuropsychiatric disorder characterized by the presence of motor and

vocal tics which must be present for more than one year. The aim was provide a document that contains the information of experiences had to face Guadalupe in mexican society, and with this, raise awareness on the importance of health professionals issue a well-founded and accurate diagnosis to patients and their families. Note the relevance of education to be provided about the condition to the family, the patient and society. Juan was a normal child who contracted measles; from 7 years hence Guadalupe noticed changes in her child's behavior, seek medical help gave her erroneous diagnoses that it worried and desperate. After the battle, finally found a doctor who diagnosed the problem that her child has in a certain way. Subsequently, both faced problems in the family, school and social environment. Guadalupe never stopped giving support to her son, which has been of such importance that Juan currently already completed a degree. It should be noted that the treatment aims to optimize individual and family and not necessarily eliminate the tics.

Key words

Tourette Syndrome, experiences, qualitative research.

Introducción

Para algunos profesionales de la salud diagnosticar el Síndrome de Tourette (ST) en sus inicios suele ser difícil, por las comorbilidades que pueden presentarse en el paciente, o bien, por no estar familiarizados con sus manifestaciones. Cuando estos profesionistas no identifican un padecimiento en sus pacientes, o emiten un diagnóstico equivocado, esto genera angustia y desesperación en los enfermos y sus familias; tal es el caso que se expone en este trabajo. Guadalupe (pseudónimo empleado para proteger la identidad de la informante) es una mujer mexicana que venció los obstáculos que le implicó el que su hijo padezca el Síndrome de Tourette, esta enfermedad no muy reconocida por su baja prevalencia.

El hecho de no encontrar algún profesional de la salud que le diera un diagnóstico certero sobre la enfermedad de su hijo, la lleno de angustia y desesperación. Después de mucho batallar, encontró ¡al fin! un médico que reconoció el Síndrome de Tourette que padece su hijo. Gracias a ese diagnóstico acertado, ella logró apoyar a su hijo en el control de su padecimiento. Por lo tanto, el problema que motivó la presente investigación fue: el de apreciar los avatares que tuvo que vivir y vencer Guadalupe para poder apoyar a su hijo en el control del Síndrome de Tourette que le aqueja.

Mientras que el objetivo fue el de aportar un documento que contiene la información de las vivencias que tuvo que enfrentar en la sociedad mexicana, una mujer que es madre de un hombre que padece el Síndrome de Tourette, y con esto, crear conciencia en los profesionales de la salud de la importancia de emitir un diagnóstico certero y bien fundamentado a los pacientes y sus familias para brindar el manejo integral que se les debe dar. Así como, señalar la importancia de la educación que se debe proporcionar acerca del padecimiento al paciente, la familia y la sociedad.

Por lo que la pregunta de investigación quedó planteada de la manera siguiente:

¿Cuáles son las vivencias que tiene que experimentar una mujer mexicana cuyo hijo padece el Síndrome de Tourette?

¿Qué es el Síndrome de Tourette?

El Síndrome de Tourette (ST) es un trastorno neuropsiquiátrico crónico que se caracteriza por múltiples movimientos repetitivos, estereotipados e involuntarios llamados tics motores, asociados con la aparición de uno o más tics vocales (bucofonatorios) que para establecer el diagnóstico deberán estar presentes por más de un año.¹

Los tics motores consisten en hacer gestos lascivos, olfateo, tocar objetos, ronquidos, sentarse en cuclillas, parpadeo, golpear, ponerse furioso y dar vueltas. Y los tics vocales son chasquidos, gruñidos, ruidos como ladridos, tos, aullidos, coprolalia (decir groserías), ecolalia (repetir las palabras de otras personas), y palilalia (repetir las palabras de él mismo).² Los tics aparecen siempre en la infancia o en la adolescencia, y la edad promedio de aparición está entre los 6 y 7 años. Según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, los tics deben haber comenzado antes de los 18 años;³ estudios realizados han encontrado que los síntomas disminuyen al inicio de la adultez.

Se puede presentar antes del inicio de los tics, una marcada hiperactividad alrededor de los 4 a los 5 años. Cabe aclarar que el niño no puede controlar estas respuestas, por lo que no hay que culparlo. Antes del diagnóstico, los padres y el entorno piensan que es un maleducado que no se porta bien.

Entre los 10 y los 13 años, se da un incremento de los síntomas, lo que hace que se piense que los niños tienen un bajo coeficiente intelectual (CI), cuando su rendimiento académico baja, esto se debe a la poca atención que prestan a las clases, ya que están tan concentrados en tratar de controlar los tics que no pueden prestar atención a nada más. Por lo anterior, presentan bajo rendimiento en su aprendizaje y por consiguiente en su memoria. Además, hay alteraciones en las funciones ejecutivas del lóbulo frontal, lo que hace que no puedan regular correctamente sus conductas.⁴

Etiopatogenia

Los individuos portadores de anomalías cromosómicas han sido estudiados para identificar los genes como el gen de la Monoaminooxidasa A y las regiones cromosómicas 18q22, 17q25 y 7q31, involucrados en este Síndrome. Por lo que la evidencia sugiere que es una enfermedad genética, de carácter autosómica dominante. Se han asociado también otros factores con la patogénesis del Síndrome como es el caso de las infecciones por estreptococos en el origen de los tics ya que una infección por el estreptococo betahemolítico del grupo A es un importante precursor para el inicio de éstos.¹ Por otro lado, hay una fuerte evidencia de que una alteración en los circuitos corticoestriado-tálamo-corticales (CETC), en los ganglios basales y la hiperactividad dopaminérgica son los factores neurobiológicos que producen los tics en el ST⁵ como se puede apreciar en la figura 1.

Figura 1.
**Probables factores neurobiológicos
que producen los tics en el ST.**

Alteración en los circuitos corticoestriado-tálamo- corticales +
Alteración en los ganglios basales + Hiperactividad dopaminérgica
= Tics en el ST.

Fuente: Elaboración propia.

Fisiopatología

En los últimos años se han establecido teorías genéticas para el mecanismo patogénico del Síndrome de Tourette.

También se han planteado teorías neuroquímicas como la hipersensibilidad dopaminérgica del Sistema Nervioso Central que postula que la transmisión de dopamina es muy activa. Y las alteraciones en las estructuras anatómicas tales como: los ganglios basales, la corteza cerebral y la región límbica. Estudios de imágenes con resonancia magnética han demostrado un volumen reducido y una anormal lateralización del núcleo caudado, putamen y globo pálido en niños y adultos con este problema.¹

El sexo de la persona tiene un papel importante en la genética del ST ya que si la descendencia de un paciente lleva el gen y es hombre, el riesgo de desarrollar el ST es de 3 a 4 veces más alto. Así como también, el estímulo hormonal sexual juega un importante papel que explica la alta prevalencia del ST en hombres con respecto a mujeres.

A nivel ambiental, el estrés o infecciones primordialmente estreptocócicas pueden desencadenar o agravar la sintomatología.^{1,6}

Manifestaciones clínicas

Con el transcurso del tiempo los tics varían en tipo, frecuencia, sitio y severidad. Los primeros síntomas por lo general se manifiestan en la cabeza y el cuello; y pueden ir progresando hacia los músculos del tronco y las extremidades. Habitualmente los tics motores anteceden al desarrollo de los tics vocales; y los tics simples generalmente se anticipan a los más complejos. La mayor parte de los afectados presentan la máxima severidad de los tics en los primeros años de la adolescencia y van mejorando al avanzar hacia la edad adulta. Un 10% de los pacientes presentan un cuadro progresivo o incapacitante que dura hasta la mayoría de edad.⁷

Es importante saber que todos los tics empeoran durante épocas de estrés, ansiedad, excitación, aburrimiento o fatiga, y desaparecen en frecuencia y severidad mientras la persona se concentra en algo que le gusta, si está relajado, o durante el sueño. Algunos pacientes con ST pueden controlar los tics por cortos períodos de tiempo; pero después, éstos se vuelven más intensos.

Los síntomas del ST frecuentemente se advierten primero en la infancia, aproximadamente a los siete años. Estos síntomas pueden ser movimientos menores como gruñidos, aspiración de aire por la nariz o tos; o movimientos y sonidos constantes incontrolables. Los tics pueden consistir en: empujar con los brazos, parpadeo de los ojos, saltar, patear, aspiración de aire por la nariz, aclaración de garganta o encoger los hombros. Se pueden

presentar muchas veces en el día, pero mejoraran o empeoran en distintos momentos.⁷

Formas clínicas de los tics

- **Tics Simples Motores:** pestañeos, crisis oculígeras, muecas faciales, torsión de nariz y boca, clic en la mandíbula, apretamiento de dientes, tensión abdominal, sacudidas de cabeza, cuello u otras partes.

- **Tics Vocales:** aspira, escupe, ríe, silba, grita, gruñe, gorgotea, gime, y otros sonidos más.

- **Tics Complejos Motores:** gestos faciales, estiramiento de la lengua, movimientos de manos, empujar, tocar la cara, marcar con el pie, se agacha, salta, gira en el suelo, se pellizca, escribe la misma letra o palabra, patadas, contorsiones de la cabeza, mordedura de labios, piruetas, ecopraxia (imitación de los movimientos de otra persona), y copropraxia (realización de gestos obscenos).

- **Tics Complejos Vocales:** Pronunciación repentina inapropiada de palabra, frases cortas y complejas que incluyen palilalia (trastorno del lenguaje hablado que consiste en la repetición estereotipada, espontánea e involuntaria de una misma palabra o frase, de forma acelerada y cada vez más rápida), coprolalia (tendencia patológica a decir obscenidades), ecolalia (repetición de las palabras o frases de otras personas a modo de eco) y otras alteraciones del habla.^{1,8}

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico del ST es clínico, se diagnostica observando los signos y síntomas; y evaluando la historia familiar. Para establecer el diagnóstico, los tics motores y fónicos deben estar presentes por lo menos durante un año. No hay pruebas de laboratorio para diagnosticar el ST;^{1,9} sin embargo, el médico debe realizar una evaluación para descartar otras causas de los síntomas. Se pueden usar estudios de neuroimágenes, como la resonancia magnética o una tomografía computarizada y/o escáner electroencefalográfico.⁷

Para que se diagnostique el ST, se debe tomar en cuenta lo siguiente:

a) Haber presentado muchos tics motores y uno o más tics vocales, aunque no se hayan manifestado al mismo tiempo.

b) Tener tics que se manifiesten muchas veces durante el día, casi todos los días o intermitentes a lo largo de un período por lo menos de un año. En ese lapso, no debe de

existir un tiempo libre de tics de más de 3 meses seguidos.
c) Los tics deben de haber iniciado antes de los 18 años.¹⁰

d) No presentar otro problema cerebral que pudiera ser la causa de la sintomatología.¹¹

En ocasiones el diagnóstico correcto se demora porque muchos médicos no están familiarizados con el trastorno. Con frecuencia los pacientes son diagnosticados oficialmente con ST luego de haber presentado los síntomas durante mucho tiempo,¹² esto se debe a que algunos padres pueden pensar que el parpadeo de ojos está ocasionado por problemas de la vista, o que el olfateo es producido por alergias en determinadas estaciones del año.

Comorbilidad

Muchas personas cursan con problemas de neurocomportamiento adicionales al ST tales como:

a) El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC); en el que la persona siente que un acto debe hacerse repetidamente (lavarse las manos por la preocupación de alguna suciedad y los gérmenes). Preocupaciones por la posibilidad de que ocurran cosas negativas. Éste puede ser más incapacitante que los tics.¹

b) El trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (TDAH); en el que la persona tiene dificultades para concentrarse, y se distrae muy fácilmente. Éste constituye el trastorno conductual más frecuentemente observado.

c) Trastornos del aprendizaje; que incluyen dificultades en la lectura, escritura, aritmética, percepción,¹³ control de impulsos (conductas muy agresivas o inapropiadas), trastornos del sueño.

d) Los pacientes con ST también sufren depresión,¹ ansiedad y otras dificultades para caminar en sus vidas. Esto puede o no estar relacionado con el ST.

e) Hay presencia de autoagresividad; pueden causarse daño a la piel, mordiéndose, arañándose, cortándose, escarbando o pegándose.

f) Los pacientes con ST pueden presentar fobias y pánico.¹

La variedad de síntomas de conducta que pueden acompañar a los tics, pueden causar más limitaciones que los tics mismos. Los pacientes, familias y médicos necesitan determinar cuáles síntomas causan más limitaciones, de tal forma que se elijan los medicamentos

y terapias más apropiadas.

Tratamiento

Los síntomas no limitan la vida o el desarrollo de la persona, por lo que no se requiere medicación en términos generales. Si los síntomas interfieren con la vida cotidiana, hay medicación disponible, pero esta no es única, pues no existe hoy en día un medicamento que elimine todos los síntomas.

Una buena alternativa de terapia se encuentra en el tratamiento psicológico, el cual se lleva a cabo con un tratamiento cognitivo-conductual. Éste consiste en la prevención de la respuesta, se hace un entrenamiento en la revisión de los hábitos para que los pacientes tomen conciencia de su gran actividad y puedan controlarla conscientemente, o bien, se buscan alternativas para canalizar esa hiperactividad. Se debe tener en cuenta que al tratar este problema, también se ha de tratar al paciente a nivel cognitivo-emocional.¹³ Debe aprender a adaptarse a su situación y al entorno que le rodea, sin que esto le resulte un trauma. Primero debe manejar la ansiedad, la angustia y/o la frustración que su problema le pueda causar, ya que en la mayoría de los casos la mejoría no llega a ser completa y desafortunadamente, tampoco es efectiva a largo plazo.^{14, 15} Las técnicas que se emplean están centradas en la práctica y el desarrollo de habilidades sociales, comportamientos asertivos, y el incremento de la autoestima y la motivación del paciente. Con este tratamiento los sujetos se ven libres o casi libres de los tics en un 50%, la permanencia del tratamiento es más larga llegando a los 8 u 11 meses, y no se tienen datos de mantenimiento a mayor plazo. Los destinatarios de la terapia, deben ser tanto el paciente como los familiares, para así, mejorar la comprensión del ST y obtener los mejores resultados.

Una tercera forma de tratamiento consiste en recomendarles hacer ejercicio y tener un adecuado control dietético.

Sin embargo, antes de atender el ST hay que tener en cuenta que se deben descartar previamente otros trastornos mentales en el paciente que sean simultáneos y más perturbadores que los tics, tales como: ansiedad generalizada, depresión, hiperactividad, inestabilidad emocional etcétera y tratar como prioridad dicho trastorno antes que el ST.^{14, 15}

Cabe aclarar que es conveniente practicar de manera simultánea al tratamiento psicológico, el control hecho

por un psiquiatra especializado en el tratamiento de estos trastornos, que pueda hacer un acompañamiento con terapia farmacológica.

Manejo farmacológico

Para evitar el uso de neurolépticos se ha empleado a la **clonidina** la que es útil en un 40% de los casos. Se emplean dosis de 0.05-0.3 mg/día por 3-6 semanas hasta que se advierten sus efectos ya que tarda en actuar. Como efectos no deseados produce sedación e hipotensión, por lo que su administración debe ser gradual y también gradual en el momento de retirar la administración del medicamento ya que su suspensión brusca puede provocar: hipertensión de rebote, aumento de tics y ansiedad. Puede combinarse clonidina con algunos de los neurolépticos para reducir la dosis de éstos. También puede mejorar los síntomas del déficit de atención.¹

Neurolépticos

Son un grupo de medicamentos (haloperidol, fenotiacinas) que se utilizan para reducir la frecuencia e intensidad de los tics; se administran a dosis muy bajas y se va incrementando hasta lograr el equilibrio entre efectos beneficiosos y efectos secundarios. A nivel médico son los medicamentos más eficaces. Se emplean en casos en los que los tics interfieren con el funcionamiento normal de la persona, lo que no es habitual en el ST, aunque podría darse el caso. En esa circunstancia, se deben tener presentes los efectos secundarios de estos medicamentos tales como: aumento de peso, embotamiento cognitivo y somnolencia. Se debe tomar en cuenta que todas han producido disquinesia tardía excepto, la clozapina y el ziprasidone.

a) **Pimozide**: es el único aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) en Estados Unidos. Es un poco más efectivo que el haloperidol. Se administran 0.5-4 mg/día con un máximo de 10 mg con una terapia de corta duración (aproximadamente 8 semanas).

b) **Haloperidol**: 0.5-5mg/día.

c) **Risperidona**: 0.5-3 mg/día.

d) **Ziprasidone**: es nuevo y se supone que no tendría efectos extrapiramidales. Ha sido útil en ensayos controlados con placebo en niños y adultos (dosis hasta 40 mg/día).¹

Vivencias

Las vivencias están constituidas en una buena parte por lo afectivo, se pueden expresar con carga emocional negativa o positiva.¹³

Vivencia es la conjunción dinámica de lo que el sujeto percibe o experimenta en relación con el medio y lo que esta experiencia vale para él (relación afectiva que establece con dicho medio). En la vivencia, el sujeto percibe la situación y le da un significado al que le sigue una emoción, sin que éste sea capaz de controlar el impacto de ese sentir, ni su intensidad o aparición. Posteriormente, sí puede contenerlo mediante recursos de autorregulación.¹³

Material y métodos

Para realizar la presente investigación se empleó el paradigma cualitativo, el cual ayuda a resolver problemas mediante descripciones que a partir de observaciones del fenómeno a estudiar permite comprender el objeto de estudio. El diseño cualitativo puede adaptarse a las circunstancias que se produzcan en lo que se está indagando, es flexible, holístico y se centra en las relaciones dentro de un sistema que se interesa por la comprensión de un escenario social, e incorpora el consentimiento informado y la ética.

En este trabajo, se hizo una combinación de dos métodos cualitativos de investigación: El estudio de caso único¹⁶ y la Fenomenología.¹⁷ Para el análisis de los datos recolectados se empleó el método de la Teoría fundamentada.¹⁸

Estudio de caso único

En el caso de la medicina, un ejemplo claro del Estudio de caso único es la investigación de los síndromes, tal como sucedió en este estudio.

En la ejecución de este Estudio de caso único se pudieron conseguir los siguientes objetivos:

- Se describen las situaciones y los hechos.
- Se proporciona conocimiento acerca del fenómeno y se interpreta dicho fenómeno.⁶

Por lo tanto, un Estudio de caso único implica un proceso de indagación, un examen detallado, sistemático, comprensivo y en profundidad del caso de interés.

Fenomenología

Este método fue propuesto por Edmund Husserl, y consiste en examinar todos los contenidos de la conciencia; determinar si tales contenidos son reales, ideales, imaginarios, etc. Hablar de lo fenomenológico es hablar de lo que sucede cuando tomamos un objeto en la conciencia. Es “volver a las cosas mismas”, a partir

de la experiencia,¹⁷ evitar toda explicación, para que se convierta en una ciencia objetiva e imparcial.

La percepción, el recuerdo, la imaginación, el pensamiento, el amor, el odio, el deseo, el querer, son distintas formas del vivir de la conciencia. Una tarea importante de la fenomenología consiste en la descripción de los distintos tipos de vivencias y de las relaciones esenciales que hay entre ellas.¹⁷

La Fenomenología explora simplemente lo dado. Por lo que al terminar de leer este documento, el lector deberá tener la sensación de haber comprendido lo que significó para Guadalupe vencer los retos para apoyar a su hijo quien padece el Síndrome de Tourette y todos los avatares que juntos tuvieron que experimentar.

Teoría fundamentada

Para el análisis de los datos se empleó el Método de la Teoría fundamentada, como una metodología cualitativa que permitió determinar cuál fue el núcleo central del fenómeno estudiado. Esta metodología diseñada por Glaser y Strauss en 1967, ayudó a describir e interpretar con eficiencia un fenómeno de tanta carga subjetiva y proporcionó una perspectiva de éste. Para ello, se codificó y categorizó la información que se obtuvo en la entrevista abierta que se realizó, la que arrojó los resultados que se presentan en este documento.⁸

Técnica de recolección de datos

La información obtenida se recolectó en agosto de 2014 por medio de una entrevista abierta grabada.

Ética de la investigación

Se informó a Guadalupe acerca de los objetivos del estudio a realizar y los beneficios que traería la información aportada por ella, quien firmó el consentimiento informado.

Sujeto de estudio

El sujeto de estudio pertenece al género femenino, es una ciudadana mexicana que vive en el Estado de México. Es ama de casa, casada con tres hijos. Dos hijos mayores que Juan, quien presenta tics motores simples en brazos, cuello, cara (gestos) y fónicos (ruidos nasales, guturales, eructos) y en garganta (garraspera). Como pseudónimo para la informante de esta investigación y guardar así la confidencialidad de su identidad se empleó el nombre de 'Guadalupe' que es un nombre muy común en México; así como el de 'Juan' para su hijo.

Resultados

Categoría: antes de presentarse el ST en su hijo.

Guadalupe:

"Él siempre se comportaba como un 'niño grande' para su edad, cuando tenía año y medio o dos años, quiso comer sólo sin tirar comida ni ensuciarse la ropa, tomaba agua en vaso de vidrio, no le gustaban de plástico, porque 'eran para bebés', cuando tenía tres años le gustaba vestir con suéter y corbata, bien peinado, sus zapatos limpios, etc... siempre se dibujaba en figura completa, bien vestido, con coherencia, y la maestra del Kinder decía que eso no era muy común en niños de su edad, que incluso llegó a pensar que le hacíamos los dibujos en casa".

Categoría: primeros síntomas del ST en su hijo.

Guadalupe:

"Cuando mi hijo tenía 7 años y estaba en primer año de primaria se contagió de sarampión. Entre los síntomas que presentó fue fiebre de 40° C... a partir de ahí empecé a notar cambios en su conducta... se le dejó en reposo en casa... cuando se reintegró a clases presentó otro tipo de molestias, como fuertes dolores de cabeza, vómito y movimientos corporales, así como enojo, flojera y distracción".

Categoría: primeros síntomas del ST en su hijo.

Subcategoría: cambios radicales en la forma de ser de su hijo.

Guadalupe:

"Le costaba trabajo terminar las planas, por lo que luego no lo dejaban salir al recreo, empecé a quejarse de dolores de cabeza, a mostrar rebeldía y a no querer ir a la escuela... sus dibujos ahora eran a base de 'bolitas, palitos y rayitas', sin color. En segundo año ya no comía igual, casi no podía sostener la cuchara porque le temblaban mucho las manos, así que derramaba la comida sobre la mesa, si quería tomar agua se le caía el vaso, se rompieron algunos y decidí darle vaso de plástico, porque cuando quería beber se pegaba con el vaso en la boca. Los movimientos que tenía eran muy fuertes y convulsivos, no masticaba bien los alimentos así que empecé a darle semipapillas, babeaba constantemente por lo que se le humedecía la ropa... lavaba su uniforme todos los días".

Categoría: diagnósticos erróneos.

Guadalupe:

"El médico que lo vio la primera vez me dijo que no veía nada malo en él, que parecía que tenía 'mamitis' y que estaba muy chiqueado, una 'neurosis maternal'".

“Para la siguiente consulta... lo valoró la doctora ‘X’ quien me informó que al parecer mi hijo era hiperquinético. Su diagnóstico fue: 1) Disfunción Cerebral, 2) Dislexia y 3) Trastornos de Conducta”.

“Durante la entrevista con la psicóloga me mostró el EEG de mi hijo y me dijo que tenía inmadurez cerebral. Al cuestionarle que tan mal estaba, me dijo ‘la madurez cerebral de su hijo se detuvo, y ahora va para atrás’ ¿Qué tan mal está mi hijo? ¿hasta dónde va a llegar su retroceso? ¿en qué estado va a quedar? Y sólo me volvió a decir ‘ya le dije que su hijo va para atrás’, o sea pregunté ¿mi hijo va a quedar como vegetal? a lo que ella como respuesta sólo se me quedó viendo y alzó los hombros”.

Categoría: diferentes diagnósticos erróneos dados a Guadalupe sobre el padecimiento de su hijo.

Guadalupe:

“La doctora ‘Y’ pensó que tenía alguna especie de retraso, ni siquiera lo revisó, ni le prestó mayor interés. Le recetó valproato de magnesio”.

“Diagnósticos: Neurosis Maternal, Disfunción Cerebral, Inmadurez Cerebral, Encefalitis Viral (Sarampión), Meningitis, Autismo, Hiperactividad, Trastorno por Déficit de Atención”.

Categoría: sensación de ser defraudada por el equipo de salud.

Guadalupe:

“Les comenté que me sentía muy defraudada porque no sentía que le estaban poniendo la debida atención a mi hijo, les hice mención del diagnóstico de la psicóloga que era el que más me había angustiado ‘que el cerebro de mi hijo había dejado de madurar y que ahora iba hacia atrás’; me dijeron que no hiciera caso de ese diagnóstico porque la enfermedad de mi hijo es del campo de la psiquiatría, no de la psicología...”

Categoría: desesperación.

Guadalupe:

“Al pasar el tiempo y ver que nadie sabía qué tenía mi hijo ya me empezaba a desesperar...”

Categoría: diagnóstico correcto del problema en el Centro Médico.

Guadalupe:

“¡Al fin! un médico diagnosticó ¿qué tenía mi hijo? Al doctor ‘Z’ le bastó observar a mi hijo para decirme ‘su hijo tiene un Síndrome denominado Gilles de la Tourette’ ¿su hijo tiene movimientos convulsivos? ¿grita? ¿hace como perro? o sea,

¿gruñe? ¿balbucea cosas sin sentido? ¿arrastra las palabras al hablar? ¿tiene problemas para dormir? ¿es hiperactivo? ¿tiene rigidez en las articulaciones? ¿le cuesta trabajo escribir? todos estos son síntomas del Touretismo”.

Categoría: Médicos.

Subcategoría: aprendiendo de un caso infrecuente.

Guadalupe:

“Eran alrededor de 15 médicos y algunas de sus palabras fueron: ‘señores, espero que observen cuidadosamente al paciente, vean su proceder, anoten todo lo que hace, porque es un caso entre 10 millones, el niño ha sido diagnosticado con Síndrome de Gilles de la Tourette’ o enfermedad de Mozart, tal vez en todo su ejercicio médico no vuelvan a presenciar un caso como éste”.

Categoría: cambios en la dinámica familiar.

Guadalupe:

“Para la familia todo este proceso también estaba siendo muy pesado y tenso. En la casa vivíamos cinco; su papá, su hermano de 16 años, su hermana de 13 años, él y yo... sus hermanos estaban en secundaria por lo que tenían muchas tareas y ya no jugaban tanto tiempo con él, su papá regresaba hasta altas horas de la noche y quería descansar, pero se encontraba despierto a Juan quien quería que jugaran con él; obviamente esto iniciaba una discusión sobre la disciplina hacia nuestro hijo”.

“Sus hermanos se quejaban de que él era muy molesto ya que gritaba constantemente, hacía ruidos fuertes y repentinos, movimientos bruscos o sin sentido, teníamos los nervios hechos trizas. A mí me dolían mucho los brazos y el cuerpo por tener que sostenerlo constantemente”.

Categoría: tratamiento indicado.

Guadalupe:

“El medicamento recetado ahora era haloperidol”.

Categoría: experiencias en la escuela del niño.

Guadalupe:

“El niño no sabía por qué lo veían como bicho raro en la escuela... tenía náuseas y en ocasiones vómito, por lo que cuando se sentía muy cansado ya no lo llevaba a la escuela, sólo iba yo a pedirle la tarea a la maestra”.

Categoría: experiencias en la calle y en la escuela.

Guadalupe:

“En el camión se cambiaban de lugar; en la escuela muchos niños se alejaban y lo dejaban solo, por lo que se volvió huraño y solitario”.

“Un día la maestra me indicó que podía tener al niño en casa, que no era necesario que lo enviara a la escuela (creo que la pobre ya también tenía los nervios desechos), pero me negué porque no iba a permitir que relegaran a mi hijo. Después supe que algunas mamás querían que sus hijos no se juntaran con él, porque pensaban que les podía hacer algún daño”.

“Mientras estuvo en la primaria, sus compañeros y maestros se habían acostumbrado a su enfermedad, porque no creo que la hubieran entendido, incluso muchos de sus compañeros lo protegían de las burlas de otros niños. Pero cuando tuvo que ir a la secundaria, todo fue volver a empezar...”

Categoría: beneficios del deporte que su hijo practicó.

Guadalupe:

“Cuando empezó a practicar el karate le gustaba, salía rendido y descansaba mejor. Le dijeron que ya podía hacer examen para su cinta blanca, estaba muy emocionado y motivado así que logró una calificación alta. Asistió al torneo final, yo estaba temerosa de que lo lastimaran, pero él por el contrario, estaba muy emocionado; cuando le tocó competir en formas (Katas) le dieron buena calificación, así que sus compañeros dijeron que podría ganar, y así fue, quedó en primer lugar de su nivel en su primer competencia”.

“Me sentí muy orgullosa y feliz por él...fue campeón nacional. A raíz de este ejercicio ya no requería del medicamento. Con toda la energía que sacaba ahí, estaba más relajado, le servía de terapia”.

Categoría: problemas de aprovechamiento de su hijo en la preparatoria.

Guadalupe:

“Reprobó dos materias... después de presentar los primeros exámenes me dijo que había reprobado 7 de las 8 materias; que se sentía mal porque sabía que nos había decepcionado”.

Categoría: gran preocupación.

Guadalupe:

“Tenía trabajos incompletos, cuestionarios sin resolver, los libros sin contestar, pero lo que me preocupó fue cuando vi las hojas del final de sus cuadernos en las cuales escribió en inglés ‘ya no sé para qué sirvo’, ‘no sé qué hacer’, ‘para qué sigo’, ‘estoy perdido’, ‘me siento solo’”.

Categoría: importancia de la comprensión, estímulo y apoyo a su hijo.

Guadalupe:

“Le dijimos que no podría trabajar porque no tiene estudios, porque hasta para ser ‘cerillo’ tiene que estar estudiando, y que si él creía que esto era difícil, que no tenía idea de lo que tendría que enfrentar más adelante si no se preparaba adecuadamente, hoy terminó ya la licenciatura”.

Discusión

Juan el hijo de Guadalupe antes de presentar la sintomatología del ST era un niño que se comportaba normal. Cuando Juan tenía 7 años ^(3,7) y estaba en primer año de primaria se contagió de sarampión ^(1,6), uno de los síntomas que presentó fue fiebre de 40° C, a partir de ahí Guadalupe comenzó a notar cambios en la conducta de su hijo tal y como lo dice la literatura. En tanto, los diagnósticos con los que contaba Guadalupe acerca de su hijo en ese momento eran: Neurosis Maternal, Disfunción Cerebral, Inmadurez Cerebral, Encefalitis Viral (Sarampión), Meningitis, Autismo, Hiperactividad, Trastorno por Déficit de Atención ⁽¹⁾. Tantos diagnósticos erróneos confundieron y preocuparon a Guadalupe quien ya se sentía desesperada ⁽¹³⁾. Ella comenta que se sentía muy defraudada porque no sentía que le estuvieran poniendo la debida atención a su hijo, el diagnóstico que más la angustió fue el de que el cerebro de su hijo ‘iba para atrás’.

Al paso del tiempo y ver que nadie sabía lo que tenía su hijo, Guadalupe se desesperó, finalmente llegó con el doctor ‘Z’ a quien le bastó observar a Juan para decirle “su hijo tiene un Síndrome denominado Gilles de la Tourette”.

Ahora bien, para Guadalupe fue un alivio el hecho de que hubiera un médico que reconoció perfectamente la sintomatología del ST que padece su hijo. Ella les dijo a los especialistas que el diagnóstico de la psicóloga la había angustiado mucho, a lo que ellos respondieron que el problema de Juan era del campo de la psiquiatría, no de la psicología.

El doctor ‘Z’ recetó haloperidol ⁽¹⁾ a Juan pero este medicamento causó efectos no deseados al niño, por lo que Guadalupe buscó otra alternativa de terapia para su hijo que consistió en practicar el deporte del karate. La práctica del karate en su hijo, motivó al niño y a Guadalupe, pues los triunfos de su hijo le brindaron satisfacción y emoción a ambos. Además, el ejercicio lo liberó del medicamento.^{14, 15}

En cuanto a su familia todo este proceso les resultó muy pesado y tenso. Los otros hijos de Guadalupe se quejaban de

que Juan era muy molesto ya que gritaba constantemente, tenían los nervios hechos trizas. A Guadalupe le dolían mucho los brazos y el cuerpo por tener que sostener a Juan constantemente. Por lo que Guadalupe batalló con el entorno y con las reacciones de su hijo, ya que el comportamiento de Juan también producía angustia en ella.^{14, 15} Aun así, Guadalupe nunca dejó de darle apoyo a su hijo, el cual ha sido de tal importancia que Juan actualmente terminó ya una licenciatura.¹³

Conclusiones

El ST es una condición crónica usualmente asociada a otras entidades, repercute significativamente en el funcionamiento familiar, social y escolar del individuo

afectado; y muchas veces, son más perniciosas las condiciones asociadas que la enfermedad misma. El objetivo del tratamiento es optimizar la función individual y familiar, y no necesariamente eliminar los tics. Siendo una condición infrecuente y no asociada a signos duros de daño cerebral, el diagnóstico se retrasa, a la par que el funcionamiento se deteriora, y la familia y el paciente mismo experimentan enojo, frustración, desesperanza y sensación de abandono entre otros sentimientos.

Dra. Leticia Cuevas Guajardo, Doctora en Educación, Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. Teléfono: (55) 5658 2715
Ave. Universidad 1900 E47-201 Col. Oxtopulco, Coyoacán. C.P. 04350
Correo electrónico: leticiacuevas1@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Torres EE, Pereira MC, Benítez NA, Scromeda MD. Síndrome de Gilles de la Tourette en Pediatría. Rev. Posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2010; Jun; 18 (201): 18-23.
2. Goldman HH. Psiquiatría General. 5ª ed. Chile: 2008.
3. O'Rourke JA, Scharf JM, Yu D, Pauls DL. The Genetics of Tourette Syndrome: A review J Psychosom Res. 2009; Dec; 67(6): 533-545.
4. Martín MS. Un trastorno « raro » y poco conocido: El Síndrome de Gilles de la Tourette; 2010. Disponible en: http://www.psicologiaespecial.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=7:el-sindrome-de-gilles-de-la-tourette&catid=2:orientacion-a-padres&Itemid=14 Recuperado el 14 de enero de 2015.
5. Dias FM, Kummer A, Hounie AG, Texeira AL. Neurobiología del Síndrome de Tourette: una hipótesis autoinmune post-estreptocócica. Rev. Psiquiatr. Clín.; 2008; 35 (Supl.6): 228-235. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n6a04.pdf> Recuperado el 23 de abril de 2015.
6. Moyano MB. Trastornos por Tics y Síndrome de Tourette en niños y adolescentes. Rev. ANXIA; 2010; Anuario 16: 24-38.
7. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS); 2012. Disponible en: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette.htm#tics Recuperado el 24 de abril de 2015.
8. Irigoyen D. Síndrome de Gilles de la Tourette (Reporte de un caso Clínico); Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica; 2010; LXVII (591): 19-22.
9. Cohen S, Leckman JF, Bloch MH. Clinical assessment of Tourette syndrome and tic disorders. Neurosci Biobehav Rev. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.11.013> Recuperado el 14 de Septiembre de 2014.
10. Kurlan R. Clinical practice Tourette's Syndrome. N Engl J Med. 2010; 363:2332-2338.
11. Ryan CA, Gosselin GJ, DeMaso DR. Habit and tic disorders. Chap 22.In: Kliegman RM, Stanton BF, St. Geme JW III, et al., eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 19th ed. Philadelphia, Pa: Elsevier Saunders; 2011.
12. Shapiro E, Shapiro A. Guilles de la Tourette Syndrome and Tic Disorders; 2009. Disponible en: <http://www.mentalhealth.com/mag1/fr51.html> Recuperado el 17 de septiembre de 2014.
13. Hernández A. La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. PsicoPediaHoy; 2010; 12(12). Disponible en: <http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/> Recuperado el 23 de febrero del 2015.
14. Pena F. Terapia cognitivo-conductual del Síndrome de Tourette; 2010. Disponible en: www.portalesmedicos.com/.../terapia-cognitivoconductual-del-sindrome-de-tourette.html Recuperado el 14 de septiembre de 2014.
15. Pena F. Terapia cognitivo-conductual del Síndrome de Tourette (III); 2010 Disponible en: www.portalesmedicos.com/.../terapia-cognitivoconductual-del-sindrome-de-tourette.html Recuperado el 14 de septiembre de 2014.
16. Díaz SA, Mendoza VM, Porras CM. Una guía para la elaboración de estudios de caso. Razón y Palabra; 2011; Feb-Abr. No. 75 Disponible en: http://razonypalabra.org.mx/N/N75/varia_75/01_Diaz_V75.pdf Recuperado 24 de abril de 2015.
17. Lambert C, Edmund H. la idea de la fenomenología. Teología y Vida; Pontificia Universidad Católica de Chile; 2006; vol. XLVII, No. 4; 517-529.
18. Wilson K, Howell D. Clarifying Analysis and Interpretation in Grounded Theory: Using a Conditional Relationship Guide and Reflective Coding Matrix International Journal of Qualitative Methods; 2008; 7(2): 1-15.

Artículo original

Cosméticos y Cosmecéuticos en México

Padilla-Camberos E. (1), Flores-Valdes M.A. (1), García-Fajardo J.A. (2), Urzúa-Esteva E.³, Lugo-Cervantes E. (2), García-Carvajal Z.Y.^{1*}

(1): Biotecnología Médica y Farmacéutica, (2): Tecnología Alimentaria, (3): Oficina de Transferencia de Tecnología.

Resumen

El progreso científico y tecnológico ha contribuido al crecimiento sostenido de la industria cosmética a nivel mundial. En los últimos años, el concepto de “cosmecéutico” ha generado gran interés en el sector productivo. Sin embargo, existe una falta de legislación respecto a este término, ya que ni la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México, ni la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés, Food and Drug Administration), ni Europa Cosméticos (antes la Asociación de Cuidado Personal de Europa-COLIPA), reconocen este término dentro de su marco legal. De aquí la importancia de definir lo que es un producto cosmético y cosmecéutico, conocer el uso de algunos agentes cosmecéuticos y el marco regulatorio de los productos cosméticos en nuestro país. Este planteamiento surge como una necesidad de favorecer una revisión rigurosa de estos productos para promover la salud y bajo o nulo riesgo para la población, ya que México se ha convertido en el exportador líder de cosméticos en América Latina. En nuestro país, la Secretaría de Salud se encarga de la regulación, control y fomento sanitario en lo relativo a productos cosméticos, por medio de la COFEPRIS; es decir, se encarga del control sanitario del proceso, uso, mantenimiento y disposición final de los productos cosméticos. Además, establece las especificaciones mínimas que deben cumplir los establecimientos dedicados a la producción de los mismos.

Palabras clave: cosmético, cosmecéutico, marco legal de productos cosméticos en México, COFEPRIS.

Abstract

New scientific and technological progresses have contributed to sustained growth in the cosmetics

industry worldwide. In recent years, the concepts of “cosmeceutical” products have generated great interest in the public sector. However, there is a lack of regulations on the term cosmeceutical, since neither the Federal Commission for Protection Against Health Risks (COFEPRIS) of Mexico, Food and Drug Administration of U.S.A. (FDA) or Cosmetics Europe (formerly the Association of Personal Care Europe-COLIPA) recognize this term in its legal framework. Mexico has become the leading exporter of cosmetics in Latin America. In Mexico, the Ministry of Health is responsible for the regulation, control and promotion of health, regarding cosmetic products through COFEPRIS; i.e. the Ministry of Health is responsible ensuring that the control of the process, use, maintenance and disposal of cosmetics is sanitary. The Ministry of Health also establishes the minimum specifications to be met by establishments engaged in the production thereof. Which is why this review focuses on: defining what are cosmetics and cosmeceuticals, some examples of cosmeceutical agents, an overview of the regulatory framework for cosmetic products in Mexico and some innovations in this sector.

Key words: Mexican cosmetic framework, COFEPRIS

Introducción

El crecimiento de la industria de los cosméticos y cosmecéuticos ha ido creciendo en interrelación con los médicos dermatólogos. El cambio sobre todo en dermatología ha encontrado menos énfasis en la dermatología médica y se ha incrementado en áreas de la dermatología cosmética y cirugía dermatológica. Con esto, el dermatólogo ha tenido que ser más consciente de los principios y de los productos en el campo de la cosmética. El uso de estos productos como complemento a la práctica

dermatológica coincide muy bien con el incremento de productos cosméticos y cosmeceúticos en el mercado, los cuales promueven “una piel saludable para todos”.¹⁻²

Ningún mercado regulado se ve más afectado por la moda y el capricho, que la industria cosmética. Es objeto de mitos y conceptos erróneos, en parte debido a las tácticas de marketing agresivas y competitivas. Las demandas de eficacia y potencia de los productos cosméticos pueden engañar fácilmente al consumidor y al profesional, por igual.³

Por lo que definir lo que es —y lo que no es— un producto “cosmeceútico” —no es tarea fácil, dada la falta de legislación respecto al término. Sin embargo, los términos “cosméticos” y “medicamentos” si están reconocidos dentro del marco legal de México, Estados Unidos y Europa. La falta de conocimiento de este importante tema entre médicos, profesionales del cuidado de la piel, y los consumidores ha llevado a muchos malos entendidos debido a la diversidad de productos cosméticos existentes y al creciente número de productos que se encuentran entre el límite de lo que es un cosmético y un medicamento.

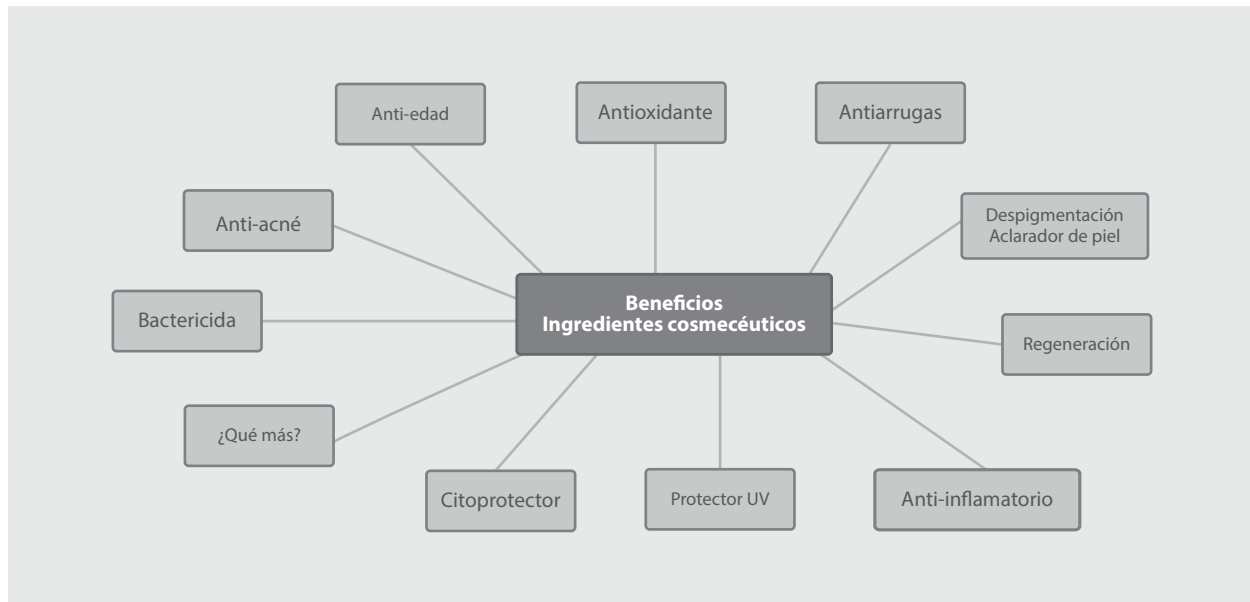
En México, de acuerdo a la Ley General de Salud, los cosméticos se consideran como las sustancias o formulaciones destinadas a ser puestas en contacto con las partes superficiales del cuerpo humano: epidermis, sistema piloso y capilar, uñas, labios y órganos genitales externos, o con los dientes y mucosas bucales con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, ayudar a modificar su aspecto, protegerlos, mantenerlos en buen estado o corregir los olores corporales, o atenuar o prevenir deficiencias o alteraciones en el funcionamiento de la piel sana. No se consideran productos cosméticos las sustancias o mezclas destinadas a ser ingeridas, inhaladas, inyectadas o implantadas en el cuerpo humano.⁴ Además, no podrán atribuirse a los productos cosméticos acciones propias de los medicamentos, tales como curar o ser una solución definitiva de enfermedades, regular el peso o combatir la obesidad ya sea en el nombre, indicaciones, instrucciones para su empleo o publicidad.³⁻⁵

Los medicamentos son todas aquellas sustancias o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tengan efecto terapéutico, preventivo o de rehabilitación, que se presenten en formas farmacéuticas y se identifiquen como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Un fármaco es toda sustancia natural, sintética o biotecnológica que tenga alguna actividad farmacológica y que se identifique por sus propiedades físicas, químicas o acciones biológicas, que no se presente en forma farmacéutica y que reúna condiciones para ser empleada como medicamento o ingrediente de un medicamento.⁶ Además, la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM), contempla el concepto de preparaciones dérmicas; las cuales se definen como preparados farmacéuticos que tienen propiedades terapéuticas sobre la piel y que como medicamentos se emplean para curar las alteraciones provocadas por las agresiones físicas, químicas o biológicas a las que se encuentra expuesta la piel. Las formas farmacéuticas más empleadas para este fin son las pomadas o ungüentos, emulsiones (como las cremas, geles, etc.) y pastas.⁷

El término “cosmeceútico”— es la fusión de dos términos: cosmético y farmacéutico— y representa uno de los retos más promisorios para la investigación científica. El término fue acuñado por Raymond Reed (miembro fundador de la Sociedad de Químicos Cosméticos de Estados Unidos) y popularizado por el Dr. Albert Kligman (médico dermatólogo), para describir una categoría emergente de productos de cuidado de la piel que proporcionan beneficios terapéuticos sobre la piel por encima y más allá de lo que sería visto con los cosméticos simples; es decir, los define como una preparación tópica que se vende como un cosmético, pero que tienen acción farmacológica.^{3,8} Al igual que los cosméticos, los cosmeceúticos se aplican tópicamente suponiendo que los ingredientes activos se absorberán por piel.³ Actualmente, muchas investigaciones en cosmeceúticos se han enfocado en estudiar los mecanismos celulares y moleculares por los cuales los agentes cosmeceúticos mejoran la apariencia de la piel.⁹⁻¹⁰

Son muchas las propiedades que los cosmeceúticos pueden ofrecer para tener una piel saludable. En la figura 1 nombramos algunas de ellas.

Figura 1.
Potenciales beneficios sobre piel humana
de los activos cosmecéuticos.



Impacto en la salud

Existe la preocupación de que el uso del término cosmecéutico esté engañando a los consumidores que piensan que estos productos están sujetos a las mismas normas que los cosméticos regulados por COFEPRIS. Esta es una preocupación válida ya que no sabemos si algunos de los productos cosmecéuticos están totalmente probados y algunos otros puedan generar un daño a la salud. Idealmente, los cosméticos deben ser clínicamente probados para demostrar su eficacia y seguridad. Además, deben garantizar que la piel realmente se beneficia para justificar las declaraciones de marketing. Es interesante observar que casi 30 años después de que se acuñó el término, esta categoría de productos de cuidado de la piel sigue sin ser reconocida por las autoridades sanitarias competentes.¹⁻² En el campo cosmético y cosmecéutico, muchos ingredientes se utilizan comercialmente con la promesa de proporcionar efectos sobre la piel mejorando la condición de la misma cuando se utilizan por vía tópica.²

A pesar de que existe una vasta cantidad de agentes cosmecéuticos que son extraídos de diferentes fuentes

y con efectos diversos que impactan en el aspecto de la piel, solamente algunos cuentan con datos clínicos disponibles que sustenten su efecto.¹¹ Entre los agentes cosmecéuticos de mayor valor agregado, se pueden encontrar alternativas conteniendo factores de crecimiento, células madre, coenzimas, citoquinas, polisacáridos, fenoles, polifenoles, péptidos, colágeno, liposomas, entre otros.¹²

Los productos de menor valor contienen antioxidantes, aceites o vitaminas con un grado de purificación menor que se pueden obtener fácilmente de fuentes naturales compitiendo en mercados de volumen con menor poder adquisitivo.

Hay un gran potencial en la industria de biotecnología marina y vegetal para convertir y utilizar la mayor parte de los recursos marinos y vegetales en subproductos valiosos como ingredientes cosmecéuticos (Figura 2 y 3). Asimismo, existe especial interés en tecnologías novedosas, procesos sustentables ecológicos y con alto rendimiento para el aislamiento de las sustancias bioactivas.¹³⁻¹⁹

Figura 2.
Algunos cosmecéuticos derivados del mar.

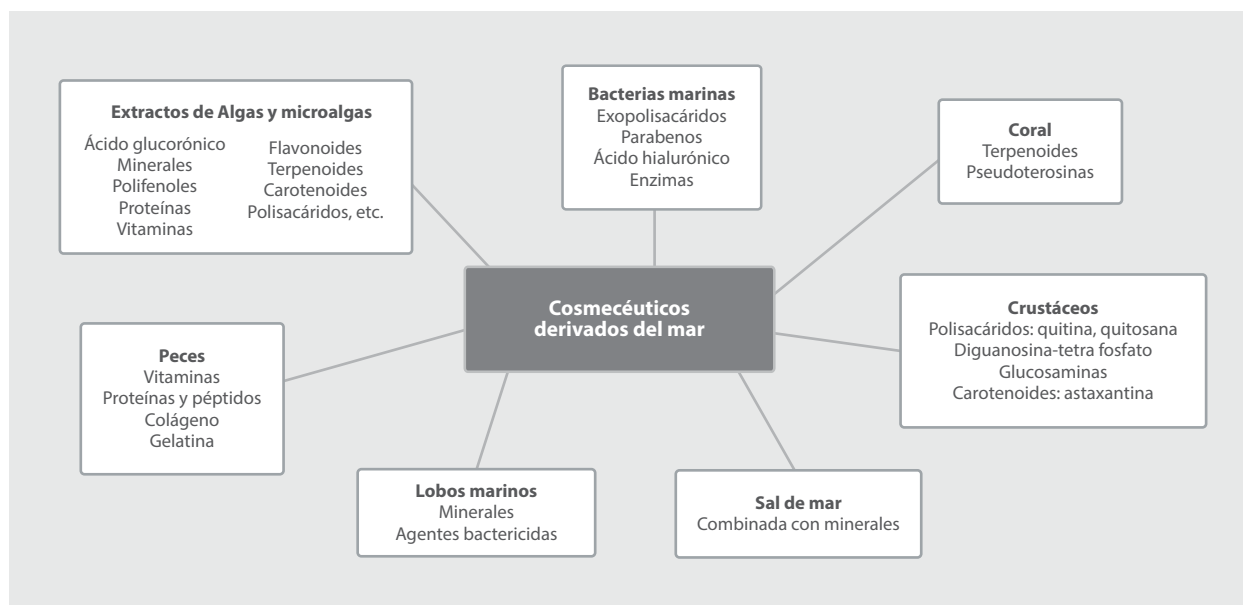
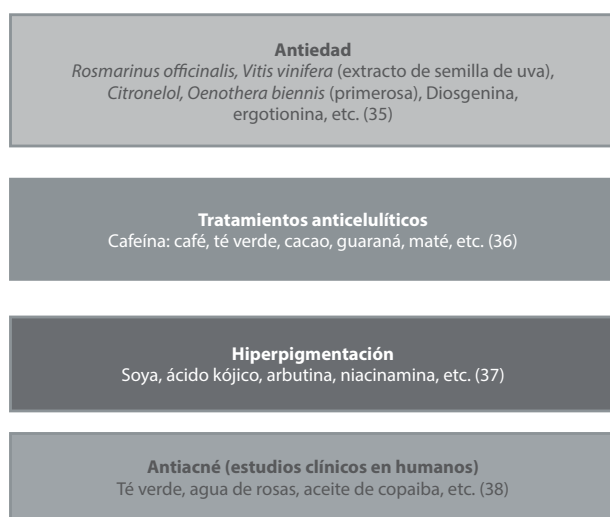


Figura 3.
Algunos cosmecéuticos derivados de plantas.



Marco Legal de productos cosméticos en México

La Secretaría de Salud, por conducto de COFEPRIS, cuenta con un marco jurídico que de acuerdo con la Ley General de Salud, tiene el propósito de regular la producción y comercialización de toda clase de cosméticos, entre los que destacan los relacionados con la perfumería, la belleza y el aseo, así como los servicios derivados de esas actividades. Como principal órgano de regulación, está el Reglamento de Control Sanitario de

Productos y Servicios, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF).⁵

Dentro del marco legal de COFEPRIS se contemplan dos Normas Oficiales Mexicanas (NOM), dos Métodos Generales de Análisis y un Acuerdo vigentes para productos de perfumería y belleza (Figura 4):²⁰

1) NOM-089-SSA1-1994-Métodos para la determinación del contenido microbiano en productos de belleza.

2) NOM-141-SSA1-1995- Productos de Perfumería y Belleza, Etiquetado.

3) En el DOF 30/07/2003 se publicó la cancelación de la NOM-039-SSA1-1993-Determinación de los índices de irritación ocular, primaria dérmica y sensibilización —los cuales se sustituirán por la aplicación oficial de los métodos generales de análisis, MGA 0515, Irritabilidad en piel y MGA 0516, Irritabilidad ocular, incluidos en la séptima edición, año 2000, de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Otras normas que se han cancelado son referentes a las medidas sanitarias, condiciones de seguridad e higiene, protección del personal, etc.²¹

4) ACUERDO por el que se determinan las sustancias prohibidas y restringidas en la elaboración de productos de perfumería y belleza.²²

En materia de publicidad, los responsables de productos cosméticos deberán presentar aviso a la Secretaría para publicar sus productos; el aviso se dará por marca de producto en base a los requisitos establecidos y deberá al menos contener la siguiente información:²³

1) Nombre y domicilio del fabricante, nombre y domicilio del importador y distribuidor,

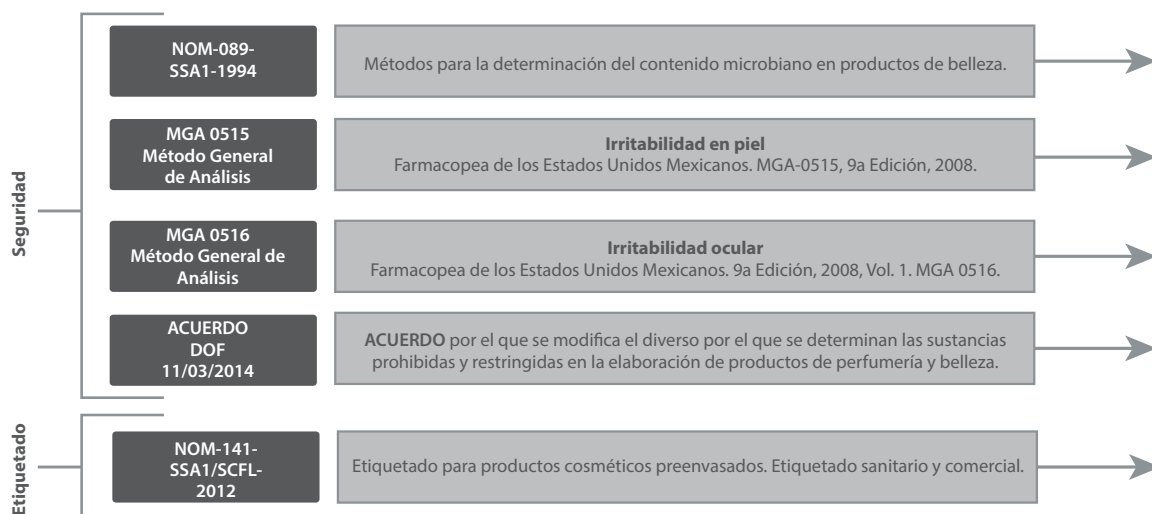
2) Marca, nombre y Registro Federal de Contribuyentes del responsable del producto y de la publicidad.

3) Etiquetas de los envases y empaques en los que se presenten los productos cosméticos y deberán figurar las leyendas que determinen las disposiciones aplicables.

4) Para la declaración de ingredientes se utilizarán las nomenclaturas técnicas internacionales que determine la normatividad aplicable.

5) Los productos para adelgazar o engrosar partes del cuerpo o variar las proporciones del mismo; así como aquellos que contengan hormonas, vitaminas y, en general, sustancias con acción terapéutica o que se les atribuya esta acción, serán considerados medicamentos.

Figura 4
Normatividad Mexicana para Seguridad y Etiquetado de productos cosméticos.



Cabe mencionar que el grupo de trabajo de Genotoxicidad de Cosméticos Europa ha impulsado y financiado tres proyectos para ayudar y mejorar la capacidad en la evaluación in vitro del riesgo genotóxico de los ingredientes cosméticos empleando células de mamíferos y piel humana reconstituida con la finalidad de proporcionar soporte científico y sustituir los ensayos in vivo (en animales y humanos) por estos ensayos in vitro bajo la leyenda “no animal testing (no probados en animales)”. Estos proyectos son 1) falsos positivos, 2) modelo de piel en 3D y 3) Metabolismo.²⁴

Innovaciones en el sector cosmético

Algunas innovaciones en este sector contemplan la nanotecnología, siendo esta la ciencia de la manipulación

de átomos y moléculas en la escala nanométrica (entre 1-100 nm). En estos tamaños, los productos pueden exhibir diferentes propiedades químicas o físicas, efectos biológicos y toxicidad en comparación con sus homólogos de mayor escala.²⁵ Los diferentes tipos de nanomateriales empleados en los cosméticos incluyen liposomas, nanosomas, fulerenos, nanopartículas, etc.²⁶ Recientemente, las preocupaciones sobre la seguridad de los nanomateriales en cosméticos han obligado a la industria cosmética a limitar su uso y hacer cumplir las leyes para someterse a una evaluación en toda regla de seguridad antes de entrar en el mercado.²⁷ Otra innovación interesante es la impresión 3D, sobre todo en el diseño de envases y empaques;²⁸ por ejemplo, la impresora de maquillaje 3D llamada “Mink”.²⁹

Conclusiones

El uso del término cosmeceúticos tiene mucho sentido, ya que tienen beneficios más allá de los efectos cosméticos simples pero no son exactamente un producto farmacéutico. Existe un extenso grupo de agentes cosméticos altamente eficaces y que pueden ser catalogados como cosmeceúticos. Aunado a esto, uno de los segmentos de más rápido crecimiento en el mercado cosmético mundial son los cosméticos a base de ingredientes naturales, muchos de los cuales tienen efectos terapéuticos. El impulso de la investigación científica en

el sector cosmético de nuestro país, jugará un rol muy importante en conjunto con los actores gubernamentales, todo ello con la finalidad de proveer información científica necesaria sobre la seguridad y eficacia de los productos cosméticos y cosmeceúticos. Por lo que nuestro país deberá estar preparado para un crecimiento acelerado y con un alto grado de investigación de calidad e innovación en este sector.

Centro de Investigación y Asistencia en Tecnología y Diseño del Estado de Jalisco, AC. (CIATEJ, AC.). Av. Normalistas No. 800. Colinas de la Normal. 44270. e-mail: zgarcia@ciatej.mx

Referencias bibliográficas

1. Millikan LE. Cosmetology, Cosmetics, Cosmeceuticals: Definitions and Regulations. *Clin Dermatol.* 2001; 19:371-4.
2. Tsai TC, Hantash BM. Cosmeceutical Agents: A comprehensive Review of the Literature. *Clinical Medicine Insights: Dermatology.* 2008;1:1-20.
3. Newburger AE. Cosmeceuticals: myths and misconceptions. *Clin Dermatol.* 2009;27:446-452
4. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Capítulo IX: Productos cosméticos. [Internet]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/avisos/2045/SALUD070611/SALUD070611.htm>
5. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. Título Vigésimo Segundo. Productos de Perfumería, Belleza y Aseo. Capítulo I, Productos de Perfumería y Belleza. Artículo 187. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilr/gsmcsaeps.html>
6. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-073-SSA1-2005, Estabilidad de fármacos y medicamentos (modificando la NOM-073-SSA1-1993). [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/073ssa105.html>
7. Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos. Décima Edición. 2011.
8. Brody HJ. Relevance of cosmeceuticals to the dermatologic surgeon. *Dermatol. Surg.* 2005; 31:796-8.
9. Fisher GJ, Quan T, Purohit T, Shao Y, Cho MK, He T, et al. Collagen fragmentation promotes oxidative stress and elevates matrix metalloproteinase-1 in fibroblasts in aged human skin. *Am J Pathol.* 2009; 174:101-14.
10. Fisher GJ, Varani J, Voorhees JJ. Looking older: Fibroblast Collapse and Therapeutic Implications. *Arch Dermatol.* 2008; 144: 666-672.
11. Levin J, Momin SB. How much do we really know about our favorite cosmeceutical ingredients? *J Clin Aesthet Dermatol.* 2010; 3:22-41.
12. Malerich S, Berson D. Next Generation Cosmeceuticals: The latest in peptides, growth factors, cytokines, and stem cells. *Dermatol Clin.* 2014; 32:13-21.
13. Se-Kwon K. Marine cosmeceuticals. *J Cosmet Dermatol.* 2014; 13:56-67
14. Kim S-K, Ravichandran YD, Bhadar Khan S, Tae Kim Y. Prospective of the Cosmeceuticals Derived from Marine Organisms. *Biotechnol Bioproc E.* 2008;13:511-523.
15. Korać RR, Khambholja KM. Potential of herbs in skin protection from ultraviolet radiation. *Pharmacogn Rev.* 2011; 5:164-73
16. Cronin H, Draelos ZD. Top 10 botanical ingredients in 2010 anti-aging creams. *J Cosmet Dermatol.* 2010; 9:218-25.
17. Hexsel D, Orlandi C, Zechmeister do Prado D. Botanical extracts used in the treatment of cellulite. *Dermatol Surg.* 2005;31:866-72.
18. Leyden JJ, Shergill B, Micali G, Downie J, Wallo W. Natural options for the management of hyperpigmentation. *J. Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011;25:1140-5.
19. Fisk WA, Lev-Tov HA, Sivamani RK. Botanical and Phytochemical Therapy of Acne: A Systematic Review. *Phytother. Res.* 2014;28:1137-1152
20. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Normas Oficiales vigentes para Productos de perfumería y

- belleza. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cofepris/bv/nomsz.htm>
21. Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. Aviso de cancelación de las normas oficiales mexicanas NOM-039-SSA1-1993, Bienes y servicios. Productos de perfumería y belleza. Determinación de los índices de irritación ocular, primaria dérmica y sensibilización; NOM-053-SSA1-1993, Que establece las medidas sanitarias del proceso y uso de metanol (alcohol metílico), y NOM-056-SSA1-1993, Requisitos sanitarios de equipo de protección personal. [Internet]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=693509&fecha=30/07/2003
 22. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se determinan las sustancias prohibidas y restringidas en la elaboración de productos de perfumería y belleza. [Internet]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a1512991.html>
 23. Secretaría de Salud. Decreto por el que se reforman y adicionan diversos artículos de la Ley General de Salud, en materia de cosméticos. [Internet]. Disponible en: <http://www.dof.gob.mx/avisos/2045/SALUD070611/SALUD070611.htm>
 24. Pfuhrer S, Fautz R, Ouedraogo G, Latil A, Kenny J, Moore C, et al. The Cosmetics Europe strategy for animal-free genotoxicity testing: project status up-date. *Toxicol In Vitro*. 2014;28:18-23
 25. Guidance for Industry. Considering Whether an FDA-Regulated Product Involves the Application of Nanotechnology 2014. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration. Office of the Commissioner
 26. Raj S, Jose S, Sumod US, Sabitha M. Nanotechnology in cosmetics: Opportunities and challenges. *J Pharm Bioallied Sci*. 2012; 4: 186–193.
 27. European Commission. Scientific Committee on Consumer Safety (SCCS). The SCCS'S Notes of Guidance for the Testing of Cosmetic Substances and their Safety Evaluation. 8th Revision. Scientific Committee on Consumer Safety. 2012. European Commission. [Internet]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_s_006.pdf
 28. Vesanto J. Transparent Prototypes — 3D Printing in the Cosmetic Packaging Sector in 3DP Applications. *Industry Insights, Industry news*. 2013 [Internet]. Disponible en: <http://3dprintingindustry.com/2013/04/04/transparent-prototypes-3d-printing-in-the-cosmetic-packaging-sector/>
 29. Taylor S. Mink: The MakeUp 3D Printer in 3D Printing, 3DP Applications, Fashion, *Industry news*. 2014 [Internet]. Disponible en: <http://3dprintingindustry.com/2014/05/07/mink-makeup-3d-printer/>

Caso clínico

Controversia en el manejo del absceso hepático amebiano

Reporte de un caso

Vázquez-Corona A. (1), Meza-Pérez J.A. (1)

(1) Departamento de Lactantes Insectología Hospital General de Occidente, Secretaría de Salud Jalisco.

Resumen

El absceso hepático amebiano sigue siendo un problema de salud sobre todo en países en vías de desarrollo. A pesar de esto, las complicaciones extraintestinales de la amebiasis son cada vez menos frecuentes. Se presenta el caso de paciente femenina de 17 meses de edad en donde se estableció el diagnóstico de absceso hepático amebiano. A su ingreso la paciente presentó fiebre elevada, leucocitosis, transaminasemia, hepatomegalia y hepatalgia. La determinación de “amiba en fresco” positiva en heces fecales, anticuerpos anti-amiba IgG y las imágenes características en el ultrasonido, así como la excelente respuesta al tratamiento a base de metronidazol confirmaron la sospecha diagnóstica. Se detectaron 3 abscesos hepáticos de predominio en el lóbulo hepático izquierdo y por las dimensiones de los mismos se contempló la posibilidad de evacuar los abscesos por abordaje quirúrgico, sin embargo dada la evolución y respuesta clínica favorables al uso de metronidazol, podemos concluir que es suficiente el tratamiento farmacológico para obtener la curación como se reporta en la literatura mundial.

Palabras Clave: Absceso hepático amebiano (AHA), Ultrasonido (Uls)

Abstract

Amebic liver abscess remains to be a health problem especially in the developing countries. Despite this, the extra-intestinal complications of amebiasis are becoming far less frequent. The case of a female patient of 17 months of age was presented, through which the diagnosis of amebic liver abscess was established. Upon her admission the patient developed high fever, leukocytosis, transaminasemia, hepatomegaly and hepatalgia. The determination of positive “fresh amoeba” in stool samples, IgG antibodies and the imaging characteristics through an ultrasound, including the excellent response to treatment

with metronidazole, confirmed the suspected diagnosis. Three hepatic liver abscesses were detected predominantly in the left hepatic lobe and due to the dimensions thereof, the possibility of evacuating the abscesses through a surgical approach was contemplated. However, given the favorable clinical outcome and responses, we may conclude that drug treatment is sufficient as a cure, as reported in the world literature.

Keywords: Amebic liver abscess, ultrasound

Introducción

La amebiasis implica la enfermedad causada por *Entamoeba histolytica*.

El absceso hepático amebiano sigue teniendo una gran incidencia en el mundo, pero es mucho más frecuente en países en vías de desarrollo. Sin embargo esta patología tiende a disminuir a nivel mundial y esto obedece a la mejora en las condiciones sanitarias y ambientales. Así como al tratamiento etiológico oportuno de los cuadros diarreicos.^{1,10}

La preponderancia de la amebiasis en estos países es el resultado de la contaminación del agua y de los alimentos, lo que favorece la diseminación fecal-oral del quiste.

El absceso hepático es la complicación más frecuente de la amebiasis intestinal. Sorprendentemente cerca del 90% de los pacientes con absceso hepático amebiano son varones. Aunque esta proporción es similar en lactantes y niños. Y solo una tercera parte presenta antecedentes de diarrea.^{1, 2, 4, 13}

Los abscesos hepáticos suelen encontrarse en el lóbulo derecho del hígado, si bien esta localización no es útil para

Recibido: 22/01/2015

Aceptado: 23/02/2015

distinguir entre absceso amebiano de absceso piógeno (bacteriano).

En México la presencia de AHA ha experimentado un descenso significativo a través de los años, en 1991 la tasa máxima era aproximadamente de 40 por 100,000, habiendo reportados para ese entonces 1516 casos de abscesos hepáticos como complicación, actualmente dicha tasa es menor a 3.6 por 100 000 [1, 2, 3, 5, 8].

Reporte del caso

Antecedentes

Se trata de paciente femenina de 17 meses de edad, producto de la quinta gestación, obtenida por parto eutócico, de término. Peso al nacer de 3.800 kg, sin complicaciones perinatales.

Alimentada al seno materno por 9 meses, ablactación a los 9 meses y a los 10 se integra a la dieta familiar con alimentación variada. Hacinamiento y malas condiciones de higiene.

Descripción del caso

Femenina de 17 meses de edad, peso: 9.000 kg, talla: 80 cms, temperatura: 38°C. (Figura 1) referida del Hospital Regional de Lagos de Moreno por presentar cuadro agudo caracterizado por:

- Dolor abdominal de 2 días de evolución.
- Hipertermia no cuantificada por termómetro y tratada con paracetamol sin lograr controlarla.
- Diarrea de dos días de evolución, con evacuaciones líquidas amarillo verdosas, sin moco ni sangre, presentando 3 por 24 horas.
- Hepatomegalia detectada un día antes de acudir al hospital.
- La Biometría Hemática reveló anemia con Hb de 8.2 gr/dl, Htc 24.8%, leucocitosis de 20 000 con linfocitos 20.08 % Transaminasa GPT: 44 UI, GOT: 18 UI.
- La determinación de anticuerpos anti-amebianos IgG fue de 145 UI/ml (positiva).
- El reporte de ultrasonido abdominal: hígado aumentado de tamaño a 5 cms bajo reborde costal derecho. Mostrando 3 lesiones hipoeoicas en el lóbulo izquierdo de 4 y 5 cms y una más en el segmento hepático de 4 cms. El reporte del ultrasonido fue: hepatomegalia con lesiones de absceso probablemente amebiano. (Figura 2)

Durante su estancia hospitalaria la evolución de la paciente fue satisfactoria con remisión total de la fiebre, disminución de la hepatomegalia y hepatalgia, así como mejoría en su apetito.

A su ingreso se establecieron los diagnósticos de: femenino, lactante con P/E: - 1DS, T/E: promedio. Síndrome diarreico agudo por amebiasis intestinal, probable Absceso Hepático Amebiano y Anemia hipocrómica microcítica.

Figura 1.

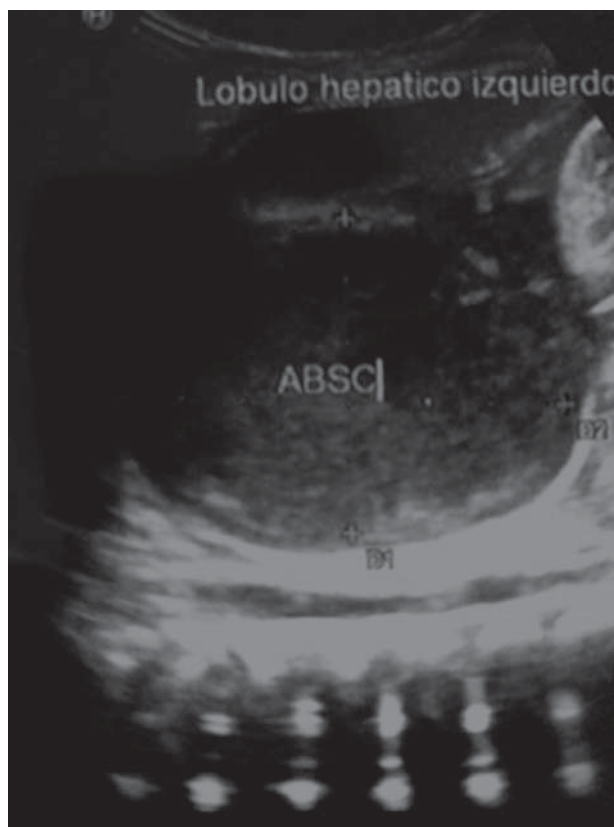
Borde hepático delimitado a 3cm por debajo del reborde costal.



Figura 2.

Ultrasonido hepático abscesos de 4 x 5 cm. y 3 x 4 cm.



Figura 3.**Absceso localizado en lóbulo hepático izquierdo.**

Discusión

El manejo del absceso hepático amebiano ha sido motivo de controversia, desde que se conoce esta entidad.

El tratamiento quirúrgico del absceso hepático amebiano se indica cuando existe inminencia de ruptura ya sea a cavidad peritoneal o pleural. Un absceso hepático de dimensiones considerables podría justificar este procedimiento. Sin embargo la experiencia a ese respecto nos ilustra a reflexionar que el 90% de los abscesos hepáticos amebianos puede responder favorablemente al tratamiento farmacológico a base de metronidazol.^{4, 5, 6, 12, 14}

En el presente caso se consideró la posibilidad de realizar un manejo quirúrgico debido a que se trataba de tres abscesos de tamaño importante cuyas dimensiones oscilaban entre 4 y 5 cms aproximadamente cada uno. No obstante se optó por el manejo conservador con metronidazol y en la etapa inicial se administró amikacina y dicloxacilina para cubrir la posibilidad de presentación de abscesos piógenos o de naturaleza mixta.

Durante los primeros dos días de estancia hospitalaria la paciente presentó diarrea, y el estudio del frotis directo de la evacuación (amiba en fresco) resultó positivo. Asimismo a los 4 días de estancia hospitalaria se reportó la presencia de anticuerpos antiamebias positivos. Con estos datos se suspendió la terapia antimicrobiana y se continuó solamente con metronidazol a dosis de 25 mg/kg/día por vía intravenosa durante 10 días seguida por 3 días de nitozoxanida para reforzar la terapia antiparasitaria, así como hierro oral 6mg/kg/día. En nuestra paciente la localización de los abscesos fueron del lado izquierdo a diferencia de lo señalado en la literatura donde se marca un claro predominio del lóbulo derecho.^{16,17}

Es raro reportar casos de absceso hepático amebiano en niños, y el hecho de tratarse de una paciente lactante, con una presentación caracterizada por fiebre elevada, leucocitosis, hepatomegalia y hepatalgia nos orientó a sospechar esta patología. Posteriormente el estudio de amiba en fresco positivo, anticuerpos antiamebias presentes y el reporte de los abscesos por ultrasonido confirmó la sospecha clínica. Además de la excelente respuesta a los imidazoles.

Se considera factores de mal pronóstico el drenaje del absceso a cavidad peritoneal, derrame pleural, encefalopatía o la presencia de abscesos múltiples. En esta paciente la respuesta al manejo médico fue satisfactoria a pesar de presentar abscesos múltiples y no fue necesario el drenaje quirúrgico de los mismos, ya que no se presentó ninguna complicación como las referidas con antelación.^{6, 7, 9, 11, 12, 15}

Se sabe que la administración del metronidazol por vía oral puede ser suficiente para mantener niveles plasmáticos por arriba del 90%, sin embargo nuestra paciente rechazó la vía oral (probablemente por el sabor del fármaco) y por ello se indicó el medicamento por vía parenteral durante toda su estancia hospitalaria.

Conclusión

El absceso hepático amebiano es una patología cada vez menos frecuente en nuestro país. Empero debemos estar alertas ante la presentación de esta entidad y considerar que el tratamiento médico a base de metronidazol sigue siendo la piedra angular en su manejo. El tratamiento quirúrgico debe reservarse para los casos especiales en los que aparezca de grandes dimensiones o con eminencia de ruptura.

La respuesta de nuestra paciente al manejo establecido fue excelente.

Referencias bibliográficas

1. Laila A, Abushady ER, Ibrahim K et al, Ultrasonography in the diagnosis and management of 52 patients with amebic liver abscess in Cairo. Clin Infect Dis. 1988;12: 330-337.
2. Robert H, Peter C, Vincent AF, Amebic liver abscess in children, clinical and epidemiologic features. Pediatrics.1979; 64: 923-928.
3. Henry H, Balfour Jr, Liver abscess in normal children with fever of unknown origin. Pediatrics. 1978; 61: 148.
4. Ortiz MF, Complicaciones quirúrgicas abdominales de la amebiasis. Rev Gastroenterol Mex. 1957; 22: 159.
5. Escandon RC, Traviño GM, Escobedo PJ. La amibiasis y el absceso hepático. Un problema de salud de actualidad. Rev Gastroenterol Mex. 1996;61:378-86.
6. Diagnóstico y tratamiento del absceso hepático amebiano, no complicado, Guía de Práctica Clínica IMSS-282-2010.
7. González CR, Prevalence of antibodies against Entamoeba histolytica by ELISA. Epidemiol Infect 1995; 115:535.
8. Seeto RK, Rockey DC, Amebic liver abscess: epidemiology, clinical features, and outcome. West J Med 1999; 170:104-109.
9. Khan R, et al, Predictive factor for early aspiration in liver abscess. World J Gastroenterol. 2008; 14: 2089-2093.
10. Fangd, Shu D, Entamoeba histolytica liver abscess. CMAJ 2010; 75: 157-162.
11. Jackson TFHG, Sero-epidemiological study of antibody responses to the zimodemes of entamoeba-histolytica. Lancet. 1985: 1-16
12. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al, Amebiasis. N Engl J Med. 2003; 348:1565.
13. Pritt BS, Clark CG, Amebiasis. Mayo Clin Proc 2008; 83:1154.
14. Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FI, et al. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. Cochrane Database Syst Rev 2009.
15. Drugs for Parasitic Infections, 3rd Ed, The Medical Letter, New Rochelle, NY 2013.
16. Rossignol JF, Kabil SM, El-Gohary Y, et al. Nitazoxanide in the treatment of amoebiasis. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007; 101:1025.
17. Khanna S, Chaudhary D, Kumar A, et al. Experience with aspiration in cases of amebic liver abscess in an endemic area. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2005; 24:428.

Cultura médica

El fenómeno contemporáneo del acoso escolar-“bullying” y la salud social en México

Flores-Larios E.A.

M. en Cs., estudiante del programa de doctorado en Ciencias Sociomédicas en la Universidad de Guadalajara,

Financiamiento: no necesario

Palabras clave: fenómeno, violencia, salud, social.

Keywords: phenomenon, violence, health, social.

El término “*bullying*” fue descrito por Kuykendall et al en 2012 como un tipo específico de violencia que ocurre entre personas de todas las edades y en casi todos los contextos, aunque el concepto es en general dirigido hacia la violencia que ocurre entre jóvenes dentro de instituciones educativas, el mismo autor señala que el “*bullying*” era considerado inofensivo e incluso alentado o tolerado por los padres de los escolares, considerándolo como parte del crecimiento o una etapa por la cual los jóvenes tenían que pasar, pero, debido al avance y desarrollo de disciplinas como la psicología, la neurología y la salud pública es posible relacionar al “*bullying*” con conductas que afectan la calidad de vida de niños y jóvenes incluso pudiendo llevarlos a considerar o realizar suicidio.¹

De acuerdo a lo antes descrito, es posible comprender que el “*bullying*” puede ser estudiado como un fenómeno ya que carece de modelos y explicaciones unicasales o simplistas (en el mejor de los sentidos), es decir se trata de un tema complejo que comprende diversas dimensiones ya que se integran: la familia, las instituciones escolares, la juventud, la violencia, y la salud, entre otras. Debido a esta vasta gama de relaciones temáticas y divergencias disciplinares, esta problemática debe ser abordada de forma multidisciplinaria para lograr desentrañar y entender las relaciones causales y procesuales que generan el fenómeno en su totalidad, para entonces proponer soluciones y decisiones que mejoren la realidad descrita.

En tiempos recientes este fenómeno se ha estudiado globalmente, siendo punta de lanza los países de América del norte y Europa,² ya que han abordado esta problemática desde diversas perspectivas, entre ellas destacan los enfoques en salud social y psicología, donde se hace más referencia al término como “un sistemático abuso de poder”,³ esto ha generado que países como México atiendan esta problemática para dar solución a las demandas sociales internacionales y en otro ángulo:

macro-estructurales (con predominio económico), ya que el banco mundial pide como requisito para realizar préstamos a las naciones, estabilidad social, disminución de la violencia y cobertura en salud poblacional.⁴

Este hecho y la tendencia política neoliberal con la cual simpatiza el Estado Mexicano ha provocado que se generen estrategias para la atención y prevención del fenómeno multidimensional “*bullying*”, el método más empleado por el estado han sido campañas mediáticas y educativas³ que reflejan la realidad de la problemática en el contexto escolar y familiar, donde se intenta concientizar a la población al definir las causas, consecuencias y escenarios con el fin de integrar en el sentido común la definición del fenómeno “*bullying*” lo que supone cambiará la situación injusta que representa la violencia ejercida entre contemporáneos escolares.

De acuerdo a los postulados socio-constructivistas de P. Berger y T. Luckmann (1968),⁵ los individuos configuran la realidad de acuerdo a los conocimientos generados por las experiencias previas, al mismo tiempo, se generan expectativas basadas en tipificaciones que, resolverían situaciones futuras similares a la que se vive en el presente; entonces los sujetos definen las situaciones y las resuelven en base al conocimiento generado por el sentido común, que a la vez conforma gran parte de la “vida diaria”,⁵ en este tenor, la información y las tendencias colectivas generan la información disponible que puede ser usada para definir una situación violenta en un contexto específico como el definido por la comunidad escolar.⁶

La intención del Estado es entonces integrar la definición, causas y consecuencias de la violencia escolar o acoso escolar⁷ al conocimiento popular, como ya se mencionó, este concepto es nuevo en nuestra cultura, incluso los spots televisivos en torno a este problema hacen referencia a la normalización⁸ de la violencia en los periodos escolares y la integración a la cultura mexicana como un acto heroico o de supervivencia, donde en general se busca demostrar o arrebatar poder.

Recibido: 24/01/2015

Aceptado: 31/03/2015

La violencia en las instituciones educativas ha llegado a niveles insospechados,⁹ en los últimos años, casos como los que se han presentado en las instituciones de educación básica y superior de los Estados Unidos como el de la secundaria del condado de Columbine (1998) o el del tecnológico de Virginia (2007), son ejemplos contundentes, en donde incluso los protagonistas llevaron la violencia hasta el homicidio, culminando con el suicidio de los perpetradores; en términos Durkhemianos estos hechos sociales¹⁰ son un reflejo anómico de la realidad objetiva juvenil que se vive en nuestro contexto mundial contemporáneo.

Debido a la eminente carga sociocultural que representa el “bullying” y a la mezcla de violencias que se vive en México, esta problemática ha sido estudiada parcialmente como un fenómeno,⁹ otro freno para los estudios científicos de la problemática es el “factor moda”; como ya lo señala García Álvarez en su trabajo publicado en 2013:¹¹ “El primer paso para combatir el “bullying” es dejar de creer que es una cuestión de moda”, podemos entonces comprender, que las barreras para el estudio del “bullying” son también tendencias sociales y culturales que se profundizan en el conocimiento lego y científico.

Una segunda situación que vuelve más complejo al fenómeno en el contexto mexicano es la inclusión de la dimensión saludable o sanitaria, de acuerdo a los planteamientos de Kuykendall (2012) y Loredó, et al (2008),⁹ el “bullying” es también un problema de salud desde la perspectiva biomédica tradicional, lo cual le otorga un importante papel en el gran entramado que comprende al fenómeno “bullying” haciendo que las diversas autoridades e instituciones sanitarias de nuestro país estudien y describan la problemática desde su visión, pero que a la vez se inmovilicen al comprender la diversidad a la cual se enfrentan.

El otro gran conflicto en esta discusión es que pocas veces se hace énfasis en las “víctimas” indirectas que resultan ser los propios victimarios,¹¹ es decir, toda la discusión de la violencia escolar en nuestro contexto, sus causas y consecuencias están centradas en los estudios y recomendaciones que giran en torno a las víctimas, “estigmatizando”¹² al victimario, un ejemplo claro, son los contenidos en televisión con esta temática, donde se observa que el victimario es rechazado y denunciado, poniendo en tela de juicio su reputación, lo cual supone que estas personas merecen sufrir. Esta nueva cultura ante la violencia escolar aliena a estos individuos, lo cual, agudiza y estimula la sociopatía que en primer término los lleva a realizar actos violentos.¹¹

El concepto “bullying” se adapta mejor a la visión multidimensional que se intenta plasmar aquí. La traducción al español del término “bullying”: acoso escolar, se reduce solo al contexto escolar, en términos ideológicos la cultura de habla inglesa lleva ventaja en el estudio de la violencia y esto es fielmente plasmado idiomáticamente, es también por eso, que los abordajes respecto a esta problemática se han intentado regionalizar, pero, para este fenómeno en particular no ha sido del todo posible, en parte por la eminente influencia norteamericana y europea que tiene nuestro país, en especial en ciencias de la salud, estas naciones destacan debido a la gran cantidad de estudios que se han realizado en torno a esta temática en su territorio.⁹

El “bullying” puede ser caracterizado en la terminología biomédica como un síndrome, debido a que es posible describirlo como un conjunto de signos y síntomas individuales o colectivos, sin embargo la visión fenomenológica del problema puede explorar dimensiones como la estigmatización, la experiencia y la vivencia del “bullying”, creencias, expectativas, trayectoria de sufrimiento, estrategias de afrontamiento, entre otras, que complementarían y contextualizarían la visión hasta ahora incompleta de la problemática en nuestro país.

En el ámbito mundial, pero especialmente en países llamados emergentes como el nuestro, domina una “cultura del silencio”¹³ ante situaciones que atentan contra la dignidad humana, se ejerce una constante violencia y se acepta, se vive con ella, incluso se le aprecia; es perverso señalar que el “bullying” es bueno, pero el que escribe asume la responsabilidad al respecto de acuerdo a una lógica meta-ética utilitarista.

A través de esta temática es posible ilustrar la violencia que se ha tradicionalizado en el sector popular de nuestro país y me refiero no solo a la violencia en el contexto escolar, ya que a través del marco referencial y teórico-metodológico que ha estudiado el “bullying” es posible crear modelos para entender cómo se genera y se normaliza la violencia, en cualquier realidad.

El discurso acerca de esta problemática, transmitido en los medios masivos de comunicación de nuestro país, da pautas para que la población pueda identificar y actuar en contra del “bullying”, nos menciona que: el “bullying” estaba aquí presente, que vivimos cotidianamente con el sin darnos cuenta, recalca: la violencia no es normal en ninguna etapa de la vida de cualquier ser humano.

De acuerdo con las tres premisas anteriores, existe el potencial para generar “grietas”¹⁴ en las estructuras creadoras del sentido común en torno a la violencia de cualquier tipo, pues, cuando se incorporan al conocimiento popular disponible es posible obtener igualdad y libertad, en términos socio-psico-sanitarios este proceso homeostático puede entenderse como salud.

El despejar la violencia en la ecuación de la cultura equivale a salud, ya que esta puede ser entendida en el enfoque fenomenológico como bienestar en cualquier aspecto de la vida, incluidos también los momentos que no conforman la cotidianidad; vivir sin violencia es simplemente bien vivir, en términos contrarios, vivir con violencia, equivale a un concepto necrófilo,¹⁵ es decir la violencia es incompatible con todo lo que hace florecer la vida y mantener la esperanza en la cotidianidad.

Estos últimos aspectos sutiles que caracterizan la violencia y la no-violencia son los que realmente subliman la problemática y la convierten en un fenómeno por completo, ya que este tipo de conceptos puramente humanísticos no tienen cabida en el mundo de la causalidad, por lo que el terreno comprensivo resulta tierra fértil para desentramar el fenómeno y analizar su taxonomía procesual con el fin de esclarecer y entender la complejidad que representa, cuando esto se realice podrán ser llevadas a cabo acciones que resuelvan el problema del “bullying” y el de otras violencias.

Por tanto la postura ante el fenómeno del “bullying” es la postura actual en México ante la violencia oculta, pero que ya ha sido develada, esta posición no solo permite comprender y describir el fenómeno, sino que aclama actuar ante una realidad injusta para transformarla, gracias al “bullying” existe agresividad y cólera, pero esta vez en una justa medida, ya que se ha llegado a un punto sin retorno, a un hartazgo generalizado ante la violencia en cualquier ámbito de la vida, se está rechazando y reconociendo la violencia, se está logrando denunciar y exponer incluso a los pares, se ha roto la cadena que genera la cultura del silencio.

Entonces, el boom del “bullying” ha sido una de las más grandes fuentes de esperanza y acción social de los últimos tiempos, se ha logrado integrar al sentido común la violencia normalizada por la cultura. Entonces, atendiendo a la postura socio-constructivista es posible entender que los sujetos definirán situaciones

en base a este nuevo sentido común ante la violencia, lo cual generará una sociedad más libre y saludable, que no solo será beneficiada en el terreno clásico de la convivencia, sino que será impulsada y motivada hacia un verdadero buen vivir, que al final de cuentas puede definirse como la situación más saludable, cuando menos en aspectos psico-sociales, pero que representa un profundo impacto biológico.¹

El “bullying” representa una ruptura en la convivencia cotidiana,¹⁶ pero como toda crisis genera oportunidades para transformar la realidad y volverla más justa o injusta; emitir un pronóstico y asegurar que la incorporación del “bullying” en el sentido común del sector popular mexicano, es un elemento clave para que la realidad injusta que se vive en diversos contextos cambie, es imposible, pero se puede decir que en este momento existe un potencial para que esta realidad se transforme y mejore. En otro enfoque es desalentador pensar que “el abuso sistemático del poder”³ ha sido tradicionalizado a través de la historia por motivos religiosos, nacionalistas, racistas y políticos principalmente, sin embargo hoy es posible identificarla y enfocarla, en efecto, el ejercicio violento del poder es una parte inherente al ser humano, es tarea entonces lograr un autoconocimiento crítico en la identidad social, para aceptar su existencia, y por tanto, poder actuar ante este problema de una manera congruente a los consensos intersociales modernos.

Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Sierra Mojada No. 950, Col. Independencia (puerta 7), C.P. 44350, Guadalajara, Jalisco, en conjunto con la Unidad de Investigación Social Epidemiológica y en Servicios de Salud, Dirección: Av. Belisario Domínguez No. 1000 (Bajo la Farmacia del Centro Médico De Occidente) Colonia Independencia Oriente, C.P. 44340 Guadalajara, Jalisco México.

Contacto: + (52) 33 3668 3000 Extensión 31818, correo electrónico: culturaldental@hotmail.com

Referencias bibliográficas

1. Kuykendall S, Kuykendall S. In: Health and Medical Issues Today. Santa Barbara, Calif: Greenwood. eBook, 2012, Database: eBook Academic Collection (EBSCOhost).
2. De Bolle M; Tackett J (2013) European Journal of Personality, Eur. J. Pers. 27: 280-289 (2013).
3. Reid P, Monsen J, Rivers I. Psychology's contribution to understanding and managing bullying within schools. Educational Psychology in Practice, 2004; 20(3), 241-258.
4. Fox JA. Los flujos y reflujos de préstamos sociales y ambientales del Banco Mundial en México. 2000, Center for Global, International and Regional Studies.
5. Peter B, Luckmann T. La construcción social de la realidad; Amorrortu; Buenos Aires; 1968.
6. Rodríguez ZI; “Alfred Schütz hacia la fundamentación de una sociología del mundo de la vida”; Editorial Universidad de Guadalajara, 1993, Guadalajara Jalisco, México.
7. Joffre-Velázquez VM, García-Maldonado G, Saldívar-González AH, Martínez-Perales G, Lin-Ochoa D, Quintanar-Martínez S, et al. Bullying en alumnos de secundaria. Características generales y factores asociados al riesgo. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, 2011, 68(3), 193-202.
8. Mayorga-Delgado N; “Déjalos son niños... No, es bullying”; El sol de México: 01/06/2014; Tomado el 03/12/2014: 20:35 hrs. de: <http://www.sedesol.gob.mx/en/SEDESOL/Noticias>.
9. Loredó-Abdalá A; Perea-Martínez A; López-Navarrete G. E. (2008). “Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. Acta Pediátrica de México, 29(4), 210-214.
10. Durkheim É. El suicidio. Ediciones AKAL; vol 239; México, Distrito Federal; 2012.
11. García Álvarez: 2013; Acoso escolar, transición de víctima a agresor. Revista Mexicana de Orientación Educativa, 10(24), 58-63.
12. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana; Amorrortu; Buenos Aires Argentina; 1981.
13. Freire P. Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido. Siglo XXI; 1993; México, Distrito Federal.
14. Hardt M, Holloway J. Crear Commonwealth y agrietar el capitalismo. El Viejo Topo, 2012; (290), 43-52. - dialnet.unirioja.es.
15. Fromm E. El arte de amar; Martins Fontes; Sao Paulo Brasil, 2000.
16. Peña AK, Gaviria DA. Mundo de la vida, espacios pedagógicos, espacios escolares y ex-centricidad humana: reflexiones antropológico-pedagógicas y socio-fenomenológicas. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 2005, 3(2), 0.

Cultura médica

La Historia y Filosofía de la Cirugía Plástica, Mural Artístico del Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica “Dr. José Guerrerosantos”

Fernández-Díaz, OF, Cano-Genel E, Guerrerosantos J.

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva

Instituto Jalisciense de Cirugía Plástica y Reconstructiva “Dr. Jose Guerrerosantos”

La comprensión de la evolución de la cirugía plástica requiere una mirada a los eventos y figuras más importantes que moldearon y trazaron su curso. El arte, la ciencia y la historia se han entrelazado en muchos puntos por lo que no es la excepción lo ocurrido con un mural ilustrado en el Instituto Jalisciense de Cirugía Reconstructiva Dr. José Guerrerosantos (IJCR).

Como parte de la progresión de las diferentes expresiones artísticas el muralismo tomo auge en América Latina y en México floreció bajo el mando de tres importantes artistas gráficos: José Clemente Orozco, David Alfaro Siqueiros y Diego Rivera. Estos dos últimos, en el caso de Diego Rivera, plasmó murales con temas relacionados a la salud y cuidado del pueblo mexicano: La Operación, Murales de la SSA, El Hombre en la Encrucijada de los Caminos, Instituto Nacional de Cardiología y El Pueblo demanda salud. Bajo esta premisa por ilustrar la historia de la medicina en edificios y hospitales para el servicio del pueblo mexicano se proyecta el mural de la historia de la Cirugía Plástica. Bajo la dirección del Dr. José Guerrerosantos y el muralista tapatío Guillermo Chávez Vega, en el año de 1981 es inaugurado por figuras importantes del gobierno tapatío.

El mural está localizado en el vestíbulo de la entrada principal del edificio, pintado sobre una superficie de 6 x 3 metros. Su contenido esta dividido en tres componentes: dos partes laterales que contienen figuras de la historia antigua y era moderna y una parte central conteniendo figuras de la era del renacimiento y relacionadas con la temática de la cirugía plástica.

Era de la Historia Antigua

Imhotep –Egipto

En el mural se observa en la extrema izquierda la figura de Imhotep. Imhotep representa los avances de la civilización egipcia, cuya aportación a la cirugía plástica es la más antigua. Los hechos que hacen a este personaje

importante son su aportación descrita en un papiro, el cual fue estudiado y traducido por el famoso egiptólogo Edwin Smith de la Universidad de Chicago. Este papiro data desde el año 3,000 AC. Este papiro fue conocido como El Libro Secreto del Médico, el cual describía fracturas nasales.

En un viaje que el Dr. José Guerrerosantos realizó a Egipto como Presidente de la Asociación Internacional de Cirujanos Plásticos, recibió de manos de la esposa del presidente un reconocimiento a la labor de cirugía de labio paladar hendido, y motivado por la idea de crear un mural de cirugía plástica visitó el Museo del Cairo en donde se adentro a la cultura egipcia y constato los grandes avances científicos de tan gran civilización.

India

Por debajo de la imagen de Imhotep se ilustra la figura de un personaje con rasgos hindús, Susruta Samhita, que en sus textos describe por primera vez la utilización de un colgajo frontal para la cobertura de ausencia total de la pirámide nasal. Este tipo de mutilaciones era un sistema de castigo común para ladrones a fin de estigmatizarlos dentro de la sociedad, sin embargo se cuenta con este texto en donde la reconstrucción a través de colgajos era la forma recuperar la apariencia casi normal de la persona.

Roma

En cultura romana, 100 años AC., Celsus en su libro Do Re Medica, describe por primera vez los colgajos cutáneos. Celsus fue un médico romano cuya gran aportación fue la descripción de colgajos y es representante de este imperio que gobernó gran parte de Europa.

Aztecas

La aportación del Continente Americano Prehispánico a la cirugía plástica se hace notoria en un códice Azteca donde se hace mención de un médico famoso llamado Ticitl, cuya gran aportación fue la de curar, restaurar y proveer salud. Este hábil cirujano dedicó su vida a reparar fracturas de óseas, suturar heridas, realizar incisiones y dar esperanza a los enfermos.

Recibido: 26/02/2015

Aceptado: 31/03/2015

Edad Media

Esta época comprendió el siglo XIV hasta el XVII. Durante este tiempo se intensificó la vida artística y cultural. Con el creciente comercio marítimo en el Mar Mediterráneo, países como Italia florecieron por el dominio de una sociedad burguesa dedicada al comercio con poder influyente económico y político. Las ciudades de Génova, Florencia, Venecia, Roma y Nápoles, sobresalieron por su impacto en la época. Personajes de la cultura como el poeta Dante Alighieri (escritor), Juan Boccaccio (escritor), Lorenzo Medicis (artista), Cristóbal Colon (explorador), Leonardo DaVinci (artista) y Giordano Bruno (filósofo), marcaron el sentido de un renaciente sentido humanista.

Ambrosio Paré (1510-1590)

Cirujano de la milicia francesa, surgió como un hombre que diseñó múltiples instrumentos quirúrgicos como las férulas nasales, instrumentos cortantes y de retracción.

Gaspari Taliacotti (1545-1599)

Diseñó colgajos de brazo para reconstrucción facial y nasal con fijadores externos. Como ciudadano Boloñés en 1591, publicó su libro titulado *De Curtorum Chirurgia per Insitionem*. Posterior a su muerte existieron historias en donde en su sepulcro se oían voces de ultratumba y la iglesia tomó cartas en el asunto, calmando así la pena de este difunto y gran cirujano.

Historia Moderna Temprana: Siglo Diecinueve

Considerada como una era de progreso en donde la medicina se solidificó especialmente en Europa y Francia siendo esta última punta de lanza.

Los cirujanos ilustrados en el mural son: Dupuytren, conocido por su manejo en heridas y contracciones en manos. Riverdin, cirujano de gran ingenio quirúrgico que injertó el primer colgajo de piel.

Historia Moderna: Siglo Veinte

En Rusia y Reino Unido, dos grandes cirujanos fueron populares por sus disputas en Congresos Científicos Europeos y su paternidad de varias técnicas quirúrgicas. Estos fueron el ruso Filatov y el considerado Padre de la Cirugía Plástica Moderna, Sir Harold Gillies. Harold Gillies adquirió gran destreza y conocimiento en reconstrucción al operar a cientos de soldados mutilados durante las guerras mundiales en Europa. Sus aportaciones fueron innumerables y su creatividad notoria delante de sus colegas en su época, siendo los colgajos tubulares un gran legado. Sin embargo, cirujanos plásticos con gran inclinación por el conocimiento

de la historia de la cirugía plástica como Blair Rogers en los EUA encontraron que Filatov fue el primer cirujano en realizar el colgajo tubular.

En EUA dos grandes cirujanos plásticos, mostrados en el mural Padgett y Converse, hicieron importantes aportaciones a la Cirugía Plástica. Padgett en 1938 presentó frente la Sociedad Occidental de Cirugía el dermatomo, siendo creación y diseño propio, causando gran impresión e influencia en el progreso de la cirugía plástica. Converse, prolífico cirujano plástico y profesor de cátedra de la Universidad de Nueva York, difundió el conocimiento a través de sus más de 350 artículos y su obra maestra de 7 volúmenes en 1977 en Cirugía Plástica y Reconstructiva.

En la parte central del mural se proyecta la mano de un cirujano plástico tomando un bisturí preparado para mejorar y corregir heridas o deformidades a través de la modelación, creación o reconstrucción de anomalías tisulares.

El mural tomo 9 meses en completarse. El muralista tapatió Guillermo Chávez Vega fue el autor, bajo la guía del Dr. José Guerrerosantos. Como parte del legado del Dr. Guerrerosantos se observa asimismo el manejo de paladar hendido con el colgajo lingual y del músculo platismal.

En un área libre para que el muralista plasmara a libre gusto, se observa la silueta de una mujer mostrando medio cuerpo con flacidez y obesidad y el otro medio con mejoría cosmética. Esto último, en 1981 año en que se introdujo a América la liposucción del continente europeo.



Ticitl, chamán azteca.



Paracelso, médico griego.



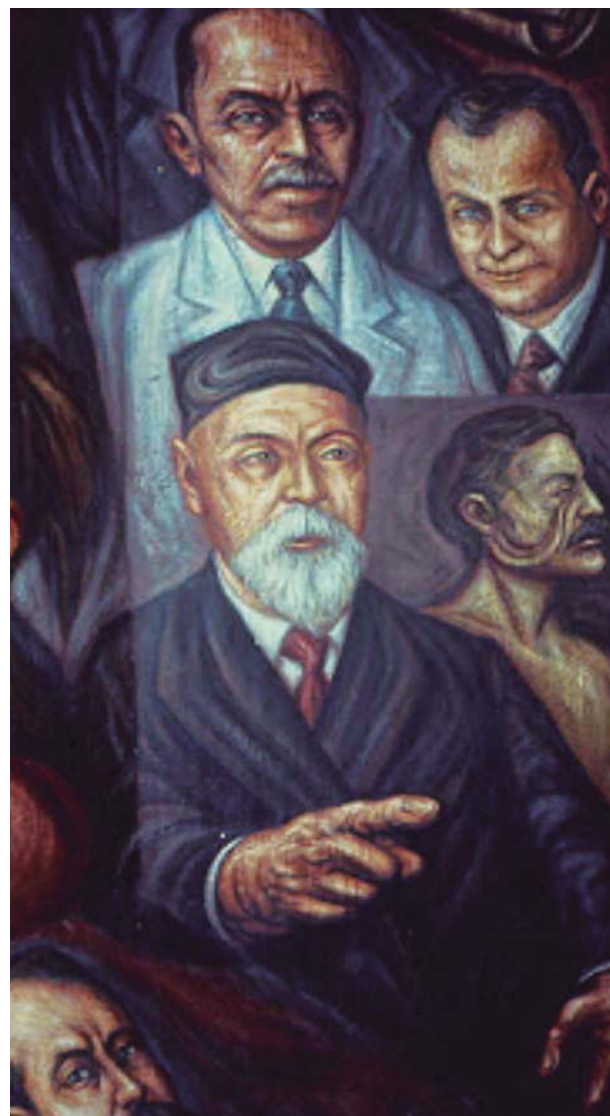
Gaspari Taliacotti, cirujano renacentista italiano.



Dupuytren y Reverdin, médicos franceses.



Ambrosio Paré, cirujano militar.



Gillies, Filatov y Converse: cirujanos plásticos de la edad moderna.

Personajes ilustres de la salud

“El Maestro Lepe”

Crónica de una Vida Entregada al servicio de sus semejantes

Dr. Alfredo Lepe Oliva

Aguilar-Garay M. de L.

Médico de base, Adscrito al Servicio de Oncología del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”.
Email.: dramlag@hotmail.com

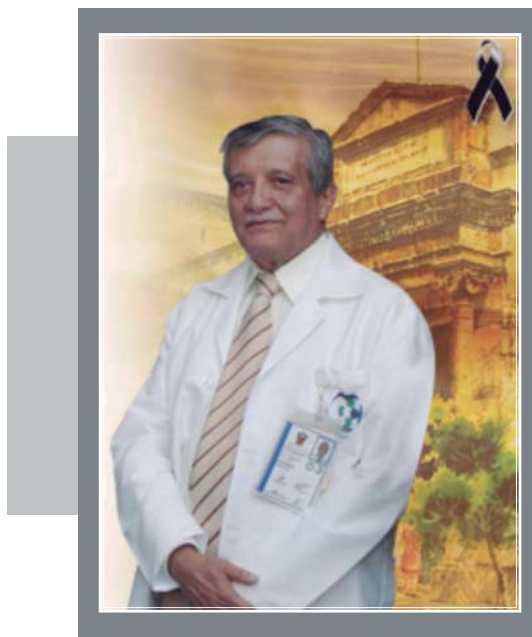
“El Maestro Lepe” es el nombre con el que la mayor parte de las personas que lo conocían, se dirigían a él. En particular un sinnúmero de discípulos y médicos especialistas, así mismo trabajadores de las instituciones en donde laboró.

“El Maestro” porque ejerció su profesión con responsabilidad, entusiasmo y capacidad, por su experiencia, integridad y educando con el ejemplo, por tomar y hacer suyos los compromisos. Impartía sus clases con el paciente, frente al paciente y por el paciente; por el alumno, para el alumno y frente al alumno, no había límite de tiempo para atenderlos. Exigía e impulsaba a sus discípulos y a los que le rodeaban, a servir competitivamente y de manera desinteresada, a ser crítico e innovador, a respetar y servir al enfermo, al desvalido y al oprimido.

“El Maestro” porque siempre encontraba la fórmula y el tiempo para escucharlos, “El Maestro” porque fue amigo y compañero a toda prueba, porque tatuó en su corazón la camiseta de las instituciones a las que sirvió, porque trascendió entre numerosas generaciones de profesionales de la salud, durante más de 48 años que realizó su actividad docente y asistencial.

Su sólido carácter conformó su destino, dejando una huella ejemplar e imborrable, forjada en el “humanismo al servicio de los demás”, tanto en su vida pública como privada.

Alfredo Lepe Oliva nace en San Clemente, municipio de Unión de Tula, Jal., el 10 de septiembre de 1937. Fue el hijo menor de una apreciable familia conformada por 10 hermanos; sus queridos padres, la Sra. Salvadora Oliva Sandoval y el Sr. José Lepe Medina. Desde pequeño



mostró carácter, inteligencia y entrega para sus estudios. Es enviado a la ciudad de Guadalajara, Jalisco, a completar su primaria en el Colegio López Cotilla. Posteriormente ingresa a la Escuela Militar en Pacana en donde estudia la secundaria. Cursa el bachillerato en la Preparatoria No. 1 de Jalisco. Su sobresaliente desempeño como estudiante le permitió continuar con sus estudios superiores.

Ingresa a la Facultad de Medicina (ahora Centro Universitario de Ciencias de la Salud, CUCS) de la Universidad de Guadalajara, concluyendo la carrera en 1963. Mantiene durante toda su vida laboral una mancuerna profesional y asistencial entre el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (AHCGFAA), la Universidad de Guadalajara y los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara.

El 3 de Marzo de 1973 contrajo matrimonio con la estudiante de medicina y años más tarde doctora, María

de Lourdes Aguilar Garay. Ella y sus dos hijas lo describen como un hombre y padre comprensivo y generoso, que les heredó orgullo y congruencia. Fue hijo y hermano ejemplar, yerno incomparable, suegro amistoso y abuelo



tierno y consentidor. Otros de sus intereses no relacionados con el ámbito médico fueron, su fanatismo por el equipo de fútbol Atlas, su gusto por las plantas, y su afecto y respeto por los animales.

De forma sobresaliente fue su pasión por la práctica médica. Por más de 48 años fue

Maestro en la Facultad de Odontología y Medicina (CUCS), de la Universidad de Guadalajara. Impartió clases en la materia de anatomía, técnica quirúrgica y gastroenterología, las que dominaba con pericia magistral.

Alfredo Lepe Oliva desarrolló una labor crucial en el AHCGFAA, como médico, catedrático y dirigente político; su capacidad de liderazgo lo mantuvo atento y activo participante, como un luchador incansable en movimientos y protestas a favor de los derechos de los enfermos y los derechos de los empleados, al frente de su apreciado hospital, en donde sirvió con pasión, de manera ferviente y entregada hasta el último día de su vida.

Médico de corazón, médico por vocación y entrega por convicción, conocedor del cuerpo y a la vez del alma humana. Clínico nato, excelso cirujano, no requería de exámenes innecesarios o excesivos para conocer con certeza los requerimientos de cada paciente; sabio en sus diagnósticos y más aún en sus tratamientos. Legítimo heredero del fraile de la calavera, atendiendo sin límite de tiempo a la "humanidad doliente".

Algunos de sus nombramientos más importantes fueron:

- Médico adscrito al servicio de Gastroenterología del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara desde el año de 1966.
- Entre 1974 a 1976 cursó e impulsó la apertura de la Especialidad en Urgencias Médico Quirúrgicas en el Departamento Médico Municipal de la Cruz Verde.
- Médico responsable de la "Clínica para empleados Municipales" —1969 a 1979—
- Postgraduado en la especialidad de Gastroenterología en la Universidad de Guadalajara. 1982.
- Fungió como Secretario General del Sindicato Único de Trabajadores del Hospital Civil de Guadalajara de junio de 1976 a noviembre de 1979, logrando mejores sueldos, mejores condiciones laborales e incluso con el apoyo del entonces gobernador del estado, Lic. Flavio Rimerio de Velazco, se obtuvieron lotes para vivienda de varias decenas de empleados.
- Fue director general en los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara Cruz Verde, de 1980 a 1983.
- A partir de 1983, es nombrado jefe del Servicio de Gastroenterología del Antiguo Hospital Civil.
- Obtuvo la Jefatura de Cirugía General de la Dirección de los Servicios Médicos Municipales Cruz Verde, desde febrero de 1984.
- Subdirector Médico del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" —2001 a 2010—.
- Rindió protesta como "Director del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" el 25 de mayo de 2010.

Algunos reconocimientos que recibió:

- Más de una veintena de generaciones de médicos egresados lo eligieron como su padrino, inscribiéndose ante la Universidad de Guadalajara como "Generación Doctor Alfredo Lepe Oliva".
- En uno de varios reconocimientos hechos al Dr. Lepe en los Servicios Médicos Municipales, después de una emotiva semblanza de su trayectoria, el Dr. Juan José González a nombre de la unidad médica menciona: "Agradecemos al Dr. Alfredo Lepe su dedicación hacia sus pacientes, la paciencia hacia sus alumnos y para aquellos que estamos junto a él sus enseñanzas, consejos, regaños pero sobre todo su amistad y le reconocemos su liderazgo y su pasión por la salud de los enfermos, y nos enorgullece darle el nombre de Dr. Alfredo Lepe Oliva al Quirófano de nuestra Unidad Delgadillo Araujo.

- El Ayuntamiento de Guadalajara le otorga en 1999, en 2006 y en 2010, reconocimiento por 37, 44 y 48 años de servicio, por su brillante trayectoria y su capacidad de compromiso con su deber como médico, en beneficio de Guadalajara, Jalisco, México. En abril 2011 —post-mortem— el Ayuntamiento de Guadalajara a través del entonces Alcalde: Jorge Aristóteles Sandoval Díaz, nombran a una Clínica de Salud del Ayuntamiento de Guadalajara: Dr. Alfredo Lepe Oliva.

- En 1999 la Universidad de Guadalajara publica un artículo y su fotografía en la Gaceta Universitaria No. 18, 31 de mayo 1999, en la sección: El orgullo de ser universitario

y titulado: Alfredo Lepe Oliva: EJEMPLO DE SERVICIO. La misma Universidad de Guadalajara le entregó reconocimiento por 25, 30, 35, 40, 45 y 48 años de servicio docente. Además recibió el 14 julio 2011 —post mortem— la PRESEA AL SERVICIO SOCIAL "IRENE ROBLEDÓ", En honor y reconocimiento a su trayectoria, gran trabajo, esfuerzo y enseñanza en el área de la salud.

En sensible ceremonia en agosto de 2008, el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, le otorga el premio DR. ROBERTO MENDIOLA ORTA, AL MÉRITO INSTITUCIONAL, y un año después la PRESEA DR. PABLO GUTIÉRREZ POR SU BRILLANTE DESEMPEÑO Y ENTREGA INCANSABLE a las tareas institucionales con la mística de servicio y el alto sentido de compromiso que fortalecen el ejercicio de nuestra misión hospitalaria a favor de la población más desprotegida. Post mortem, colocan su imagen en histórico mural del área nueva de consulta externa del mismo benemérito hospital.

Once días antes de su fallecimiento, el 30 de Noviembre de 2010, el Comité Ejecutivo Municipal de la Agrupación Gómez Farías Guadalajara A. C. en el marco del Centenario de la Revolución Mexicana, otorga la medalla "Ciudadano de la Republica", por su



desempeño profesional, humano y cívico, a favor de la comunidad jalisciense.

El Dr. Alfredo Lepe Oliva, muere 11 de Diciembre a las 15.20 hs. El acontecimiento fue publicado en todos los diarios de la ciudad de Guadalajara y múltiples noticieros de radio y televisión. Algunos textos que fueron publicados los días siguientes a su fallecimiento:

Periódico Informador, Guadalajara, Jalisco (11/DIC/2010).- Muere distinguido cirujano. El Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" está de luto, por la muerte de su director, el doctor Alfredo Lepe Oliva, era un prestigiado gastroenterólogo con una larga historia asistencial y académica.

A lo largo de su carrera, Lepe Oliva dedicó su vida profesional al Hospital Civil de Guadalajara, en donde laboró por 44 años, así como a la Universidad de Guadalajara, y a la Cruz Verde de Guadalajara.

Al arribar el cuerpo, el recinto estalló en aplausos. Iba custodiado por su esposa e hijas, representantes de la comunidad universitaria, como el rector general de la U de G, el Maestro Marco Antonio Cortés Guardado; de los HCG, como su director, el Dr. Jaime Agustín González Álvarez; y funcionarios y políticos, como el diputado Maestro Trinidad Padilla López, el senador Lic. Ramiro Hernández, el Secretario de Salud Estatal, Dr. Alfonso Petersen Farah, y el secretario de Seguridad Pública, Maestro Luís Carlos Nájera.

El director general de los Hospitales Civiles Dr. Jaime Agustín González Álvarez resaltó: “El Maestro Lepe

fue un ejemplo encarnizado en el reto de ser mejor cada día, todo un hombre de ideales en la tarea de servicio y que manifestaba sus convicciones a través de un carácter fuerte”.

El Dr. Héctor Raúl Pérez, Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), dirigió unas palabras: Táctica y estrategia, porque su desempeño altruista fue de gran entrega y servicio. “Al maestro lo habremos de necesitar por siempre. Descanse en paz uno de los más grandes hombres universitarios y descanse en paz uno de los hijos predilectos del Hospital Civil de Guadalajara. ¡Que viva el maestro Alfredo Lepe Oliva!”

Hombres como el Dr. Alfredo Lepe Oliva, permanecerán en la historia de la medicina del Estado de Jalisco, como orgullo y ejemplo de vocación, como un estímulo de generaciones presentes y futuras, como un bastión de calidad humana.

Instrucciones para los autores en la revista SALUDJALISCO

La revista SALUDJALISCO es una publicación oficial cuatrimestral de la Secretaría de Salud Jalisco que publica artículos en idiomas español e inglés. La revista tiene como objetivo el difundir resultados de investigación, información acerca de eventos y programas de promoción de la salud, al igual que brindar un reconocimiento a personajes destacados en el ejercicio de la salud pública, convirtiéndose en un vehículo para fortalecer el quehacer de la medicina, la enfermería, la odontología y profesiones afines, en los tres niveles de atención en salud.

A continuación se describen las instrucciones para los investigadores que decidan someter trabajos para su publicación en la revista SALUDJALISCO:

a) Tipos de trabajos que se reciben

- **Artículos de comunicación científica** (de 15 a 20 páginas): estos documentos presentan de manera detallada resultados originales e inéditos de investigación, teniéndose que estructurar de la siguiente manera: introducción, metodología, resultados y discusión. Dentro de las páginas deberán de considerarse el resumen en español e inglés, cuadros, imágenes y bibliografía.
- **Artículos de revisión de tema** (de 10 a 15 páginas): en este tipo de documentos, se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, así como de la revisión crítica de la literatura sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo.
- **Cartas al editor** (de 1 a 2 páginas): descripción crítica y analítica de la posición del autor sobre los documentos publicados en la revista SALUDJALISCO, lo cual constituye una aporte importante para generar la reflexión y discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia. Las cartas deberán enviarse preferentemente en un lapso no mayor de dos meses posteriores a la publicación de un artículo. Se dará oportunidad a los autores para responder.
- **Casos clínicos** (de 5 a 10 páginas): descripción de situaciones clínicas reales y de relevancia para la práctica médica del personal de salud en los tres niveles de atención.
- **Cultura Médica** (2 a 5 páginas) Documentos que buscan rescatar y valorar las manifestaciones culturales ligadas con aspectos de la salud.

Cuando se reciba un documento en cualquiera de sus modalidades, esto no implica que de manera obligada el

Comité Editorial lo publique, pues el Comité se reserva el derecho de aceptar o rechazar los artículos o de hacer las modificaciones editoriales pertinentes.

b) Instrucciones para envío y sometimiento del artículo

Envío de documentos:

Enviar en archivo electrónico el documento original en Word, letra *Arial* o *Times New Roman*, tamaño 12 puntos, con una extensión máxima de 20 páginas (sin tener en cuenta tablas, gráficos y referencias bibliográficas) a 1.5 cm de espacio, tamaño carta con márgenes de 2.5 cm en cada lateral. Se admiten por artículo 35 referencias como máximo y mínimo 10, con excepción de los artículos de revisión que se caracterizan por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica.

Los documentos se deberán de enviar en electrónico al correo revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx o zenteno_gmo@yahoo.es o bien de manera personal al Departamento de Investigación en Oficina Central, de la Secretaría de Salud Jalisco, con domicilio en Calle Dr. Baeza Alzaga 107, zona centro, Guadalajara, Jalisco. CP. 44100, tel. 3030 5000 ext. 35084.

Junto con el documento a someter para posible publicación, se debe anexar una **carta de sometimiento del artículo** con la declaración de responsabilidad donde señale que el(los) autor(es) están aceptando que el artículo es original, que no ha sido enviado ni se someterá para su publicación a otra revista.

De igual manera, hacen constar los permisos para reproducir material sujeto a derechos de autor dentro del artículo, las fuentes de financiación de la investigación o publicación y cualquier otro conflicto de intereses que pueda existir por parte del autor o autores, especificando la transferencia de los derechos de autor a la Revista SALUDJALISCO en caso de aceptarse su publicación.

Tomando en cuenta el número elevado de co-autores que se inscriben dentro de una publicación científica, se tendrá suficiente rigor en la evaluación de la contribución real de cada autor, señalando dentro de la carta de sometimiento del artículo, las contribuciones de cada uno de los autores, tal como fue aprobado por el *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconoce la autoría basada en la contribución sustancial en relación con:

- El diseño y/o análisis e interpretación de datos
- La redacción del artículo o la revisión crítica de su contenido intelectual importante
- La aprobación final de la versión para ser publicada

Evaluación de documentos

Todos los documentos que se reciban, serán revisados de forma anónima por dos o tres personas expertas en el objeto de estudio y/o la metodología empleada. Se dará un promedio de dos semanas para la revisión por sus pares, pero de igual manera los tiempos de revisión dependen de su disponibilidad. El Comité Editorial revisará las evaluaciones de los pares expertos y se tomará la decisión de aceptar el artículo, de reenviarlo al autor con modificaciones o rechazarlo.

Si el documento se acepta pero con modificaciones, una vez que los autores envían la versión revisada de su artículo, el Comité Editorial procederá a revisar la nueva versión junto con la carta que deben enviar los autores, explicando los ajustes y modificaciones realizada a partir de las recomendaciones de los expertos.

Las recomendaciones en que no se este de acuerdo, deben explicar los motivos detalladamente los autores. Se reservará el derecho de no publicar un documento si los autores no contestan a satisfacción los requerimientos planteados.

Una vez que haya sido aceptado el documento para su publicación, el Comité Editorial enviará un documento donde se manifieste la decisión editorial y se indicará el número en el que se publicará. La versión se enviará en formato PDF a los autores, con el fin de realizar una revisión general al artículo y devolver el mismo ya sea con ajustes pequeños o aprobado, dando como plazo 24 horas después del envío.

Presentación de los trabajos

Los artículos, deberán de contener los siguientes apartados, debidamente diferenciados y presentados en el siguiente orden:

Primera hoja:

Título: lo más corto posible, sin interrogaciones ni exclamaciones y con carácter afirmativo, escribiéndolo en un máximo de 18 palabras.

Autores: nombre completo de todos los autores en el orden de aparición en la publicación, su fecha de nacimiento, títulos académicos, dirección electrónica e información laboral institucional. Deberá de señalarse el autor a quien se dirija la correspondencia y se va a enviar los ejemplares correspondientes a cada autor, con indicación de su dirección, teléfono, dirección electrónica o apartado postal.

Segunda hoja:

Resumen: redactar un resumen estructurado con los siguientes subtítulos: objetivo, material y métodos, resultados y conclusiones. El resumen deberá de ser no mayor a 250 palabras, incluyendo la síntesis de cada uno de los elementos del artículo.

Se deberá de agregar de 3 a 5 palabras claves, que describan el contenido del documento, recomendándose normalizar las palabras claves que son aceptadas por bases de datos internacionales.

El resumen se deberá de presentar en idioma español y en inglés, al igual que las palabras clave.

Tercera hoja en adelante:

Introducción: describir el desarrollo antecedentes del problema u objeto de estudio y de una manera puntual, permita centrar el tema de estudio, indicando claramente las bases en que fundamenta el estudio, las razones que justifican su realización y el objetivo del estudio. La introducción debe redactarse enfatizando la necesidad del estudio, generando curiosidad en el lector.

Metodología: esta sección detalla la forma de cómo se ha realizado el estudio. Debe de proporcionarse toda la información necesaria para que otros investigadores puedan replicar la investigación. Se debe de incluir la definición del tipo de estudio realizado, el objeto del trabajo, definición de la población, el tamaño y tipo de la muestra y forma de cálculo, el análisis estadístico utilizado, los procedimientos empleados, las marcas, modelos de equipos e insumos empleados.

Es importante agregar al final de este apartado, si la investigación fue aprobada por alguna comisión de investigación y ética, así como mencionar si se obtuvo consentimiento informado por escrito por parte de las personas que participaron en la investigación.

Resultados: El objetivo de este apartado es presentar los resultados del análisis de los datos, mostrando si los datos obtenidos apoyan o no la hipótesis de la investigación, deben presentarse en una secuencia lógica, en textos apoyados en tablas y figuras que expresen claramente los resultados del estudio. No repetir en el texto todos los datos de las tablas y figuras, sólo los más importantes.

Algunas consideraciones importantes para la redacción de resultados son: los resultados se presentan pero no se interpretan, la presentación debe de ser concisa y han de presentarse de una sucesión lógica.

Discusión y conclusiones: en este apartado debe de destacarse los aspectos nuevos e importantes de las observaciones hechas, argumentando las conclusiones que de ellas se derivan. No deben repetirse en detalle los resultados que ha presentado en la sección anterior ni en la introducción, relacionando los obtenidos, con otros estudios relevantes sobre el tema, indicando las implicaciones de sus hallazgos y sus limitaciones. Deben de relacionarse las conclusiones con los objetivos del estudio, no haciendo suposiciones si no se ven apoyadas por los datos.

Agradecimientos: en este apartado se mencionan las personas o instituciones que han ayudado personal o materialmente en la elaboración del estudio, las personas que han atribuido al desarrollo del trabajo pero cuya colaboración no justifica la autoría. Es necesario que me señale el tipo de colaboración.

Referencias bibliográficas

Las referencias se deben numerar, en secuencia, según su orden de aparición en el texto, por medio de números arábigos entre corchetes [], en texto plano, es decir, sin

utilizar hipervínculos de notas al final. Cada referencia debe comenzar con el apellido y luego las iniciales de todos los autores —sin signos de puntuación entre estos elementos—hasta un máximo de seis autores. Si son siete o más, deben citarse los seis primeros y luego la abreviatura et al. Si son varios autores, deben separarse con comas.

Se recomienda seguir de manera estricta, la guía esquemática de presentación de la *Norma Internacional Vancouver*.

Material gráfico: El material gráfico está constituido básicamente por tablas, cuadros y figuras. Todos deben estar anunciados o llamados en el texto, lo más cerca posible del punto en que deban insertarse. Los llamados en el texto se indican mediante la expresión tabla, mapa o figura, según el caso, seguida de su número correspondiente en arábigos. Las tablas y gráficos estarán contenidos dentro del archivo.

Las tablas deben llevar un título breve en la parte superior, a continuación del término tabla y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior. Se admiten como máximo seis tablas.

Las figuras pueden ser material ilustrativo diverso, como fotos, mapas, diagramas y esquemas. Deberán llevar un título lo más breve posible en la parte inferior, a continuación del término figura y escrito en minúsculas. Las notas explicativas y la fuente se digitan en la parte inferior, después del título.

Este material deberá enviarse tanto en el archivo electrónico fuente, como en Word o Power Point y en PDF, para que el diseñador tenga la oportunidad de adecuarlos a los espacios disponibles.

Los trabajos deberán enviarse a:

Revista SALUDJALISCO

Calle Dr. Baeza Alzaga 107, Zona Centro, Guadalajara, Jalisco.

Código postal 44100.

Teléfono: 3030 5000 extensión 35084.

Correo electrónico:

revista.saludjalisco@jalisco.gob.mx

o al editor: zenteno_gmo@yahoo.es

COMPAÑERO MÉDICO:

“EL VALOR DE TU PROFESIÓN, AL SERVICIO DE LOS MÁS VULNERABLES”

La meta del Seguro Popular es mejorar la infraestructura para garantizar la atención oportuna y eficiente a la población con énfasis en la prevención.

El Régimen Estatal de Protección Social en Salud Jalisco, otorga protección en salud a la población carente de seguridad social, mediante la afiliación voluntaria y la tutela de sus derechos que garantiza el acceso con a servicios de salud con calidad y calidez, sin afectar el bolsillo del afiliado.

Cubre 285 intervenciones agrupadas en tres carteras de servicios, incluidas en:

El Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES).

Proporciona servicios de prevención y promoción de la salud, consulta externa, medicina general, de especialidad, hospitalización, tratamientos quirúrgicos y de rehabilitación que se otorgan en el primer y segundo nivel de atención de más de 1,407 enfermedades, en algunas entidades federativas, pueden ser derivadas al tercer nivel de atención.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10).

El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

Ofrece intervenciones de alta especialidad, atendidas en el segundo y tercer nivel, puede ser continuidad de hallazgos, de diagnósticos del CAUSES o del SMSXXI (Seguro Médico Siglo XXI), o bien ingresar directamente a esta cartera.

Algunos casos que pueden continuar la atención médica a través del CAUSES.

El Seguro Médico Siglo XXI

Brinda atención médica universal a los recién nacidos y hasta cumplir 5 años de edad, cubre patologías no especificadas en el CAUSES (Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud) y que son atendidas en el segundo y tercer nivel . Algunos diagnósticos deberán autorizarse por la CNPSS (Comisión Nacional de Protección Social en Salud).

Av. Chapultepec No. 113 entre Av. México y Justo Sierra Col. Ladrón de Guevara
C.P. 44600 Guadalajara, Jalisco, México.
Tel. 01 33 30305555 ext. 5580 01 800 734 76 75 SEGPOPJ
www.seguropopularjalisco.gob.mx

seguro popular jalisco



@seguropopjal

SEGURO POPULAR



Secretaría de Salud

GOBIERNO DEL ESTADO DE JALISCO



IV Foro Estatal de Investigación en Salud y 1er. Foro Estatal de Investigación *Cualitativa* en Salud

Temática



Sede: Instituto Dermatológico de Jalisco "Dr. José Barba Rubio"

4 5 Y 6 de noviembre de 2015

Informes: Departamento de Investigación Tel: 30305000 ext 35084

Cupo Limitado

