

Medicina

Vida y Salud

Revista informativa oficial del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Año IV • Volumen 2 • Marzo 2005

- **Honorable y humanitaria**
Dra. María Amalia Matamoros
- **Abdomen agudo en la embarazada**
- **Realidad actual de la terapia hormonal**
- **Situación del cáncer de cérvix en Centroamérica**
- **Ojo clínico en medicina**

Síndrome de agotamiento profesional
Cuando curar enferma



No nos hemos olvidado

Dra. Gioconda Batres Méndez

Directora y Editora General
gbates@medicinavms.com

De ninguna de ustedes, mujeres costarricenses, asesinadas por su pareja o esposo cuando habían decidido detener la violencia brutal. Aquellas que fueron muertas a martillazos, apuñaladas ante sus hijos, desmembradas. Las castigadas con el asesinato de sus hijos a manos de los agresores, que a la vez eran sus padres. Por sus familias, por los sobrevivientes, por los que estamos esperando justicia, no nos olvidaremos.

Tampoco olvidamos a las mujeres de Ciudad Juárez, cuyos crímenes se mantienen impunes mientras los corridos mexicanos alientan la misoginia romántica.

Nos duelen las mujeres guatemaltecas cuyos fines de semana son días de terror. Desde 2001 se ha registrado el mayor número de asesinatos: más de 1.100 mujeres, adultas, adolescentes, niñas, que en la mayoría de los casos han sido violadas y torturadas antes de su muerte.

El 8 de mayo celebramos el Día internacional de la Mujer, que expresa un mandato de Naciones Unidas y el deseo de las mujeres del mundo por preservar en la memoria colectiva y en la conciencia, de forma inequívocamente, nuestros derechos, que desde milenios atrás han sido ignorados, arrebatados, muchas veces en nombre de la ciencia, sólo por el hecho de ser mujeres.

También esta fecha es para festejar, por las contestatarias, las que rompen paradigmas, cantan, escriben, son activistas, o en silencio, día a día, van adquiriendo conciencia del

orgullo de ser la mitad del mundo y el centro de la vida.

Nuestra Revista no quiere dejar pasar inadvertida esta celebración sin reconocer los avances de las mujeres dentro de la Medicina costarricense. En nuestra sección En Persona escogimos como mujer emblema a la Dra. María Amalia Matamoros, cirujana a cargo del equipo nacional de trasplantes de hígado y ganadora del Premio a la Atención Humanitaria que otorga anualmente la CCSS.

Otros ejemplos actuales son muestras de estos cambios, mujeres pioneras y símbolos de progreso: la primera mujer decana de la Facultad de Medicina Dra. Carmen Lidia Guerrero; la que fuera primera directora de dicha escuela, Dra. Hilda Sancho; la Dra. Xinia Carvajal, vicepresidente del Colegio de Médicos; la Dra. Rocio Sáenz, Ministra de Salud, primera mujer que ocupa este cargo y así muchas otras que se quedan en el tintero.

Hace pocos días abarrotaban las instalaciones del Colegio de Médicos las nuevas generaciones de mujeres médicas. Ahora a la distancia de mis años se ven tan jóvenes como probablemente me vi yo, sólo que ellas viven otras historias en donde el camino de los derechos y la equidad han sido abiertos por mujeres y hombres que luchan desde hace siglos, un mundo donde la violencia de género es condenada y sancionada. Son las herederas de combates milenarios. A ellas les pedimos que no olviden a las que hicimos camino.

Hoy las mujeres médicas viven otras historias en donde el camino de los derechos y la equidad han sido abiertos por mujeres y hombres que luchan desde hace siglos

CRÉDITOS



Junta de Gobierno
junta@medicos.sa.cr

Vicepresidenta Dra. Xinia Carvajal Salazar
Fiscal Dra. Leda Morales Solano
I Vocal Dr. Fulgencio Román Muñoz

Medicina Vida y Salud

Una publicación del
Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica
Tel.: 232-3433 / Fax: 232-2406
www.medicos.sa.cr

Directora y Editora General
Dra. Gioconda Batres Méndez
gbates@medicinavms.com

Asesores Médicos

Dr. Horacio Massotto Chavez (Coordinador)
Dra. Vivien Araya Gómez
Dra. María Luisa Avila Agüero
Dr. Roberto Cordero Murillo
Dr. Juan Jaramillo Antillon
Dr. Manuel Rojas Oreamuno
Dr. Carlos Luis Zúñiga Brenes

Periodista:

Camila Schumacher

Colaboradoras:

Dra. Johanna González Sillis
Dra. Meriana Porras Marín
Paola Valverde Alier

Coordinación Comercial

Revista Medicina Vida y Salud
Tel: 232-3433 ext. 127

Correctora de Estilo

Marcela Cerdas Troyo
marcela@medicinavms.com

Diseño Gráfico

Línea Arte y Diseño S.A.
info@lineaad.com

Impresión

Impresión Comercial La Nación

Fotografías

Yessenia Montero
PhotoDisk

Fotografía de Portada

Yessenia Montero

NOTAS EDITORIALES:

Esta publicación no puede ser reproducida en todo ni en parte salvo autorización escrita de sus directores. Es una publicación privada, dirigida exclusivamente al destinatario. El Colegio de Médicos no se hará responsable de errores tipográficos de la fuente. Los lectores deberán evaluar por cuenta y riesgo propio la conveniencia o no del uso de esta información para la toma de decisiones. Las opiniones expuestas en los artículos o comentarios de esta publicación son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Síndrome de agotamiento profesional ("Burn out")

Cuando curar enferma

Si bien en Costa Rica no hay registro de ninguna investigación que haya ahondado en el síndrome de agotamiento profesional (burn out), la Revista Medicina, Vida y Salud realizó durante las últimas semanas una serie de encuestas informales con el fin de medir la vulnerabilidad de quienes estaban se desempeñan en el área de la salud y pudimos constatar que aún un gran grupo de médicos recién graduados ya manifestaban desazón y ansiedad con respecto a su futuro laboral, es decir, que podrían ser víctimas potenciales de esta dolencia.

Aquellos que laboran en el área de la salud son especialmente susceptibles a ser víctimas del agotamiento profesional ("burn out"), un síndrome capaz de deteriorar la calidad de vida y el estado mental de quienes lo padecen.

El contexto actual, por imperio de la sociedad de consumo, se apunta a la erradicación de toda falla o falta. En el campo de la Medicina, la ciencia -con sus avances y posibilidades- se valora como un arsenal tecnológico que los seres humanos tienen a su disposición para alejar a la muerte, mientras que la salud aparece como un bien ofertado.

De este modo, se ha generado una situación necesariamente conflictiva, donde el médico debe pivotar, y él mismo sortear, la complejidad que enfrenta a la sociedad contemporánea en su conjunto.

Las condiciones de trabajo en las instituciones médicas, la precarización laboral y, especialmente, la asunción del poder por parte de la tecnocracia financiera y contable han establecido una situación que ha ido modificando la posición del profesional de la salud.

El pensar la práctica médica a partir del costo - beneficio ha hecho variar las relaciones entre los médicos y los laboratorios farmacéuticos y, también, entre los médicos y sus pacientes. Actualmente, sobre todo en el ámbito hospitalario, el tiempo de consulta se ha ido



El peso de ejercer la Medicina

Hay quienes afirman que la vida imita al arte y que la ficción, siempre o casi siempre, se adelanta a la realidad. Cuando se trata del síndrome del agotamiento profesional o burn out, esta premisa parece confirmarse.

En la novela "La insoportable levedad del ser" del escritor checoslovaco Milan Kundera, podemos leer la historia de Tomás, un prestigioso médico capaz de afirmar que: "No hay nada más pesado que la compasión".

Antes de la invasión soviética a Praga, a Tomás le ofrecen asumir la dirección de un hospital y, al mismo tiempo, él, que lleva años de haberse divorciado, conoce a Teresa y se enamora de ella.

Así las cosas, cuando todo en la vida de Tomás parece ir encaminado hacia el éxito, las cosas comienzan a derrumbarse indefectible, irremediable y terriblemente.

A pesar de su deseo y su voluntad, el entorno provoca en este doctor un trastorno de identidad profesional cuyo sintoma cardinal es la pérdida de la autoestima. Le acompañan el desánimo y el tedio en la labor diaria, la ausencia de expectativas de mejoría y la creencia de que sólo en otro lugar es posible trabajar en una Medicina con verdaderos fundamentos éticos y científicos.

La desazón de este personaje es tal que, a pesar de su profunda vocación, decide abandonar la práctica médica y ve esa renuncia como una verdadera liberación.

Tanto se parece el padecer de Tomás a lo que los doctores han descrito como agotamiento profesional que, desde 1989 - sobre todo en Europa y Estados Unidos - al cuadro clínico se le conoce también como "el síndrome de Tomás".

Si usted tiene interés en leer "La insoportable levedad del ser" y conocer el final de la historia de Tomás puede adquirir la novela en las principales librerías del país.



reduciendo al mínimo posible y ese hecho ha limitado la posibilidad de escuchar, de ascultar, de atender a los pacientes.

Hay quienes, en general, aceptan con satisfacción esta modalidad porque han ingresado compulsivamente también en lo fast del mundo globalizado, de modo tal que sólo esperan rapidez y eficacia. Lo anterior no ocurre sin consecuencias y sí, además, a ello se añan la remuneración insuficiente, los horarios excesivos, las inseguridades en el cargo y la carencia de recursos materiales o humanos indispensables para un correcto desempeño de la labor, es fácil comprender por qué se dice que los profesionales de la salud no sólo son vulnerables sino que están sobreexposados a padecer del síndrome del agotamiento profesional (burn out).

Más allá del estrés

El burn out es la fatiga, frustración y agotamiento emocional producidos por la dedicación a una causa, tarea o emprendimiento con un índice de demanda emocional en condiciones desfavorables para su concreción efectiva. Se presenta en personas que no padecen otros síntomas psicopatológicos significativos y que, anteriormente, han podido realizar sus tareas de modo satisfactorio.

Este trastorno adaptativo, que de no ser diagnosticado a tiempo adquiere habitualmente cronicidad, fue descrito por el Dr. Herbert Freudemberger en 1974, año en el que colaboró junto a otros voluntarios- en una clínica de atención a drogo-dependientes en la ciudad de Nueva York.

Freudemberger observó que algunos profesionales de la salud, que habían iniciado su labor plenos de idealismo y energía, luego de un tiempo, no solamente habían perdido su entusiasmo sino que estaban ansiosos, desmotivados, deprimidos. Eran menos sensibles a las necesidades de los pacientes que atendían e incluso algunos parecían haber agotado su capacidad de desarrollar empatía con los enfermos, y se mostraban hostiles y agresivos con sus colegas.

Los adictos a las drogas ya utilizaban la expresión burn out -cuya traducción sería estar consumido-, para describir el estado mental y emocional en el que se encontraban como consecuencia de la adicción; la semejanza entre el deterioro psíquico de los pacientes y el de los médicos y enfermeros voluntarios llevó a Freudemberger a acuñar el término.

Una década más tarde, los doctores Pines y Aronson ampliaron los estudios de Freudemberger y definieron el síndrome de agotamiento profesional (burn out) como "un estado de estrés crónico que deviene de la carencia de condiciones laborales que permitan a los profesionales realizar sus aspiraciones de forma tal que su desempeño cotidiano es vivido como una carga".

Al mismo tiempo, las investigaciones de la psicóloga social Cristina Maslach determinaron que no solo los profesionales de la salud eran proclives a padecer dicho síndrome, ya que afectaba también a los docentes que acompañaban el proceso



educativo de alumnos con graves dificultades de aprendizaje, a los jueces que debían firmar sentencias que determinaban la vida de los acusados, a los corresponsales periodísticos que realizaban su labor informativa desde campos de batalla o lugares azotados por algún desastre natural; en fin, a todos aquellos que, a la vez que trabajan con otros seres humanos, deben afrontar situaciones que exceden su intervención profesional.

Sintomatología y tratamiento

Este síndrome es un cuadro polifacético y evolutivo; puede comenzar con cambios psicológicos que van incrementando su intensidad desde el descontento y la irritabilidad hasta estallidos emocionales, afectando los sistemas físicos y psíquicos fundamentales para la supervivencia del individuo.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirven de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico; en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los síntomas psicológicos graves se expresan en el abuso de psicofármacos, ausentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros. Además, quienes padecen de agotamiento profesional pueden desarrollar afecciones de origen psicósomático que van desde desórdenes gastrointestinales hasta disfunciones sexuales y cardíacas.

Freudemberger observó que algunos profesionales de la salud, que habían iniciado su labor plenos de idealismo y energía, luego de un tiempo, no solamente habían perdido su entusiasmo sino que estaban ansiosos, desmotivados, deprimidos.



Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro crónico, que genera baja de la autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, con angustia y depresión y la impresión de que la vida no vale la pena, llegando, en los casos extremos, a ideas francas de suicidio.

Muchos expertos dicen que el burn out es una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar para transformarse en un causal de desilusión y que es la sociedad quien debe deshacer el camino mal transitado.

El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento permiten revertir muchos cuadros.

Lo más positivo para estos estados es gestionar técnicas de recursos humanos y materiales para sensibilizar la relación laboral y gratificar al individuo en el sentido amplio del término, con lo cual se actuaría previniendo el primer eslabón que encadena a estas dolencias y mejorando la calidad de vida.

Camila Schumacher.

Mucha atención

Los síntomas observados en quienes padecen agotamiento profesional pueden evidenciarse como:

1. Físicos: fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, desórdenes gastrointestinales, disfunciones sexuales y dolencias cardíacas de origen psicosomático.
2. Emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza.
3. Conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias.
4. Relacionados con el trabajo: ausentismo, falta de rendimiento, pobre comunicación y falta de concentración.



Honorable y humanitaria

Doctora Matamoros

DOCTORA MARÍA AMALIA MATAMOROS

- Nació en Naranjo, Alajuela.
- Ella es la mayor de cuatro hermanos del matrimonio conformato por Adrián Matamoros, un cafetalero de la zona, y la educadora pensionada y exalcaldesa, María Julia Ramírez.
- Estudió Medicina en la Universidad de Costa Rica. Durante 1991, realizó servicio social en Tilarán y, luego, regresó a la Facultad para obtener su especialización en Cirugía.
- Entre 1996 y 1999, fue becada por el gobierno japonés y en las Universidades de Kyoto y Kobe se especializó en trasplante de hígado con donador vivo. Luego, viajó a Alemania, donde se capacitó en trasplante con donante cadavérico.
- Esa capacitación le deparó el conocimiento para montar la primera Unidad de Trasplante de Hígado en el país. En el Programa de Trasplantes del Hospital de Niños, ha participado en más de 45 operaciones.
- El poco tiempo libre que tiene disponible, lo dedica a hacer ejercicio, a leer novelas latinoamericanas, de la realidad mundial y de su carrera, así como a departir con sus amigos.



María Amalia Matamoros es una mujer extraordinaria. Quienes la conocen, -es decir sus colegas, sus pacientes, sus amigos y su familia- lo saben de sobra. Quizás, por ello, cuando se realizó el anuncio de que la Doctora Matamoros había resultado acreedora del Premio a la Atención Humanitaria que otorga la Caja Costarricense del Seguro Social al empleado que haya prestado un servicio extraordinario primó la alegría por sobre la sorpresa.

Para ella, el galardón representa una gran responsabilidad para continuar con su labor al frente del Programa de Trasplantes de Hígado en el Hospital Nacional de Niños labor que realiza desde 1999.

El encuentro entre Medicina, Vida y Salud y la Doctora Matamoros se realizó fuera de su oficina con la intención de crear un espacio más íntimo y distendido. Sin embargo, apenas el diálogo comenzó a fluir, el teléfono de la Doctora empezó a repicar. Así, el tono de charla que ella apenas había estrenado en la conversación se tornó profesional y preciso para darle indicaciones al médico que la escuchaba desde el Hospital de Niños.

¿Siempre está usted tan ocupada?

La mayoría de las personas, cuando salen del trabajo, se desconectan. Yo no. Yo estoy al servicio de los pacientes las veinticuatro horas. Ahora mismo, tengo treinta y ocho pacientes en control y los recuerdo a todos. Es una de las pocas cosas que soy capaz de recordar así porque me he ido olvidando de los números de teléfono, de los otros compromisos.

¿Será que este trabajo le consume toda la energía?

Bastante energía y tiempo pero, también, tengo mi grupo de amigos. Somos ex - compañeros desde la escuela. Cuando nos vemos nos divertimos, conversamos sobre temas variados, vamos al cine... A mí, me encanta el cine, hacer ejercicio, la lectura y la política -en buenos términos-.

Hablando de política. ¿Usted cree que el tema de los trasplantes se ha politizado?

Sí, todavía no se ha obtenido el máximo de compromiso por parte de todo el personal

de la institución. Esa politización tiene que ver con cómo ven el Programa de Trasplantes las personas de la institución. Por ejemplo, los que hacen atención primaria pueden pensar que nosotros consumimos todos los fondos y que eso resulta injusto. Luchar contra esas ideas es difícil.

¿Cómo ha ido cambiando el Programa de Trasplante de Hígado durante estos años?

El primer cambio inició cuando las personas adultas empezaron a solicitar los trasplantes. Antes, si un paciente tenía más de quince años se moría. Por ello, cuando comenzamos a atender a esa población, en el periodo del Doctor Horacio Solano, se empezó a discutir en dónde se instalaría el Programa ya que el primer trasplante fue en el Hospital México y la coordinación fue, realmente, complicada.

¿Qué tipo de acciones debieron llevarse a cabo para formar el programa?

Contamos con el apoyo del Doctor Mohs, solicitamos dineros externos para financiar equipos, los pasajes de los médicos japoneses y los hoteles los pudimos pagar gracias a la ayuda externa.

Además, iniciamos un protocolo externo que estipulaba la manera de manejar a los pacientes, hubo un poco de resistencia al principio pero las cosas se han ido negociando.

¿Y el Doctor Sáenz que opina del Programa?

El Doctor vio crecer el Programa, conoce todas las dificultades que hemos debido atravesar, por ello cuando supo de la presión que ejercía la Defensoría de los Habitantes, él, con la confianza que sentía porque nos conocía, nos dijo: "hay que resolver las cosas, ustedes continúan".

¿En qué Hospital se ubicará el Programa de Trasplantes para adultos?

El Hospital San Juan de Dios no tiene condiciones y en el Hospital México no se pudo, entonces, el Doctor Sáenz y la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social decidieron que fuese en el nuevo Hos-

pital de Alajuela y que funcionara como una unidad separada: con su presupuesto, su personal, sus plazas. Es decir, como un hospitalito. Sin embargo, hubo algunos problemas porque el área que se escogió la ocuparon el Jefe de Cirugía y la Unidad de Dengue. Ahora estamos a la espera de que la Oficina de Planificación resuelva.

Más personal

¿Siempre quizo ser médica, cirujana?

Cuando hice los exámenes de admisión a la UCR no estaba muy segura qué deseaba estudiar, y en la boleta de estudios apunté como primera opción medicina pero seguida por economía y agronomía. Durante los dos primeros años de carrera, cursé materias de economía y política.

La decisión de ser cirujana tampoco fue fácil de tomar porque me encantaba la medicina interna, la deliberación, el diagnóstico diferencial. El Doctor Orlando Quesada me inspiró: los miércoles, un grupo de médicos nos reuníamos en su oficina a discutir casos. Luego, observé que la medicina interna es difícil de penetrar. Al llegar al Servicio Social en a trabajar en un campo de refugiados nicaragüenses me di cuenta de que allí la intelectualidad no aplicaba, la gente no tenía siquiera un concepto del tiempo.

Decidí, entonces hacer cirugía pediátrica. Esos años no fueron felices. El sistema hospitalario me decepcionó: si una dice lo que piensa, la entierran.

¿Finalmente, más allá de los conocimientos quirúrgicos qué otras cosas atesoraste de la medicina y la cultura japonesa?

Me impresionó el respeto que se tienen entre ellos. La jerarquía en Japón es simple: el que está por encima de uno es siete veces mayor, sabe siete veces más y tiene respuestas para problemas que uno ni siquiera es capaz de formular.

Por otro lado, tienen una noción completamente diferente de las cosas. Ellos, los japoneses, funcionan para la colectividad, para beneficio grupal y del país.

La mayoría de las personas, cuando salen del trabajo, se desconectan. Yo no. Yo estoy al servicio de los pacientes las veinticuatro horas. Ahora mismo, tengo treinta y ocho pacientes en control y los recuerdo a todos.



Fotografías: Yessenia Montero

mos

Abdomen agudo en la embarazada

¿Hay algún rol para la cirugía laparoscópica?

La cirugía general o de patología estrictamente ginecológica concomitante a un embarazo ha sido una práctica de riesgo y normalmente se realiza en casos de estricta emergencia, independientemente de la edad gestacional y tradicionalmente por la vía de cirugía abierta.

Actualmente, con el desarrollo de los avances tecnológicos, es posible efectuar una buena parte de la cirugía general y de origen ginecológico por medio de laparoscopia con los beneficios que esta técnica permite (es menos invasiva, la recuperación es pronta, menos dolor, etc.).

Consideraciones previas a la realización de cirugía videolaparoscopia

1. Efectuar estudio ultrasonográfico para vitalidad y edad gestacional.
2. Identificar cualquier posible anomalía fetal.



Dr. Jorge Mario De Silvestri Pájaro

Médico asistente especialista en Ginecología-Obstetricia y Perinatología y Cirugía laparoscópica ginecológica
Clínica Clorito Picado, Hospital San Vicente de Paúl, Heredia

3. Perfil biofísico y estimación de peso fetal.
4. Considerar vigilancia fetal postoperatoria.

Potenciales ventajas de la laparoscopia

1. Menor depresión fetal debido al menor uso de narcóticos postoperatorios.
2. Menores complicaciones por herida operatoria.
3. Menos hipoventilación materna.

Riesgos que se sugieren por el neumoperitoneo

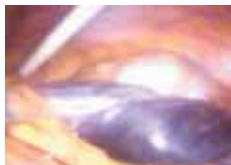
1. Injurias por introducción de aguja de Veres (proscrita).
2. Disminución de flujo sanguíneo uterino.
3. Problemas fisiológicos asociados al uso de CO₂.
4. Hipotermia.
5. Arritmia cardíaca.
6. Colapso cardiovascular.
7. Insuficiencia pulmonar.
8. Embolismo gaseoso.
9. Trombosis venosa.
10. Edema cerebral-isquemia.
11. Hipertensión ocular.
12. Insuflación extraperitoneal.
13. Labor prematura.
14. Aumento de acidosis fetal.

Consideraciones

1. Terapia antitrombótica (vendaje, heparina de bajo peso molecular).
2. Uso de tocolíticos profilácticos no está indicado y dependerá de las condiciones de la paciente.
3. Desplazar el útero a la izquierda para prevenir compresión de vena cava.
4. En lo posible, diferir según patología procedimientos hasta el segundo trimestre.
5. Ultrasonido transoperatorio y postoperatorio.
6. Monitoreo materno fetal. Minimizar la presión del neumoperitoneo (No exceder 15 mm/hg).
7. Proteger al útero al realizar fluoroscopias (colangiogramas).
8. Contar con el material adecuado y uso de capnografía y oximetría.
9. Personal entrenado y con experiencia.
10. Usar el anestésico de menor riesgo para el binomio madre -feto.

Consideraciones finales

1. Solamente es una vía de abordaje, no es un tratamiento.
2. Teóricamente todo procedimiento quirúrgico se puede hacer por laparoscopia.
3. Se requiere entrenamiento.



4. El solo hecho de quitar el dolor es razón suficiente para su aplicación.
5. Se debe utilizar en toda paciente a la que se le pueda ofrecer con mejores resultados que la cirugía tradicional.

Patologías resueltas

1. Colecistitis aguda.
2. Apendicitis aguda.
3. Cistoadenoma ovárico.
4. Teratoma torsionado.
5. Embarazo heterotópico.
6. Adherencias pélvicas.
7. Quiste paratubárico.

Realidad actual de la **terapia hormonal**

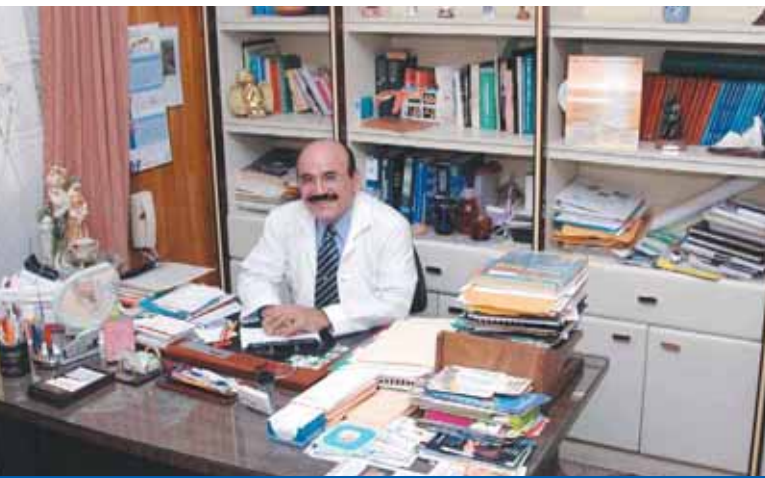
Una vez descartados de forma adecuada los diversos factores de riesgo en cada mujer, la terapia de reposición hormonal es una excelente opción de tratamiento que debemos ofrecer a nuestras pacientes sintomáticas durante las etapas de la perimenopausia y la postmenopausia.

Dr. Carlos Luis Zúñiga Brenes

Presidente de la Asociación Costarricense de Climatério, Menopausia y Osteoporosis

El 5 de octubre de 2004, la Asociación Norteamericana de Menopausia (NAMS), nos anuncia en su página web (www.menopause.org) los lineamientos actuales de tratamiento, de acuerdo con las últimas revisiones realizadas por su panel de expertos, en relación con la terapia de reposición hormonal:

- La terapia estrogénica sola o combinada se debe considerar como una alternativa para reducir el riesgo de osteoporosis.
- No hay límite de duración para el tratamiento con la terapia estrogénica sola o combinada, de acuerdo con las metas y el monitoreo regular. No se hace ninguna observación de cuándo reducir o detener la terapia.
- Revisadas las declaraciones respecto al riesgo de cáncer de seno, se concluye que



probablemente se incremente con el estrógeno y la progesterona, pero no con el uso de estrógenos solos.

- No está muy claro el rol de los estrógenos solos o de los combinados (estrógeno y progesterona) en la prevención primaria de la enfermedad coronaria, en especial en mujeres que inician el tratamiento en etapas tempranas. Sin embargo, hasta que la evidencia no sea determinante, no se deben usar estos medicamentos para la prevención primaria o secundaria de la enfermedad coronaria.
- Expandir la introducción para explicar la terminología usada con el fin de definir e interpretar el riesgo, y enfatizar la utilización de estándares internacionales para cuantificar la contingencia.
- Enfatizar el uso de la terapia hormonal sola o combinada para el manejo de los síntomas tempranos de la menopausia, como los calores, sudores, etc.
- El uso de los estrógenos solos o de los combinados con progesterona debe limitarse a dosis bajas efectivas y su duración será tan corta como lo permitan las metas del tratamiento, según los beneficios y los riesgos de cada mujer en forma individual.
- Ningún estudio individual deberá ser utilizado para establecer políticas de salud pública.
- La práctica de la Medicina debe, en última instancia, basarse en la interpretación de la gran cantidad de evidencia disponible en la actualidad, dado que nunca existirán estudios clínicos adecuados que cubran todas las poblaciones y eventualidades.

Como podemos apreciar, la terapia de reposición hormonal sigue teniendo validez como una excelente arma terapéutica para ayudar a nuestras mujeres climáticas, sintomáticas, cuya vida muchas veces es casi un infierno.

No todas las mujeres son candidatas al uso de la terapia hormonal. Esta se debe reservar solo para aquellas que lo necesitan y a quienes nosotros los médicos debemos valorar en forma individual. Debemos insistir en la necesidad de realizarse los exámenes anuales, el control de lípidos, la mamografía con ultrasonido, el examen físico y el *Papanicolaou*. Además, la comunicación debe ser constante y fluida entre el médico y la paciente.

Para los galenos queda la responsabilidad de revisar en forma exhaustiva la literatura que llega a nuestras manos, con el método de Medicina basada en la evidencia, a fin de evi-

tar el ser sorprendidos por publicaciones prematuras que van en detrimento de la profesión médica, y más importante aún, de nuestras pacientes. Por ejemplo, según lo demuestran las publicaciones recientes de análisis realizados por connotados grupos de médicos, los estudios del *Women Health Initiative* (WHI), el *Million Women Study* y el *HERS* no han soportado el análisis crítico, pues se les ha encontrado gran cantidad de sesgos. Entre los más significativos se encuentra el hecho demostrado de que, aunque se afirmó que se trataba de mujeres sanas, en realidad estudiaron pacientes asintomáticas, con problemas previos de salud importantes. Asimismo, y a pesar de que en estos estudios se menciona que se trata de mujeres de 50 a 79 años, resulta evidente que el 91% de ellas tenía edades entre los 65 y los 79 años (de 65 a 70 años (66%) y de 70 a 79 años (25%)).

Por lo tanto, si tenemos en cuenta que la terapia hormonal está claramente indicada para un grupo etario totalmente distinto, de los 40 a los 60 años y, más importante aún, en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas tempranas sintomáticas, resulta imperante que la clase médica utilice el ejemplo del daño que causan este tipo de estudios sesgados como una motivación clara para entender la enorme utilidad que tiene para todos los médicos, no únicamente para los ginecólogos y obstetras, leer las últimas publicaciones e informarse bien.

El artículo "Ahora que la atmósfera se ha aclarado", de WT. Creastman y otros, (en *Am. J. Obst. Gynecol.* 2003; 189:621-6); la declaración de la Sociedad Norteamericana de Menopausia, "Recomendaciones para el uso de estrógeno y progestágeno en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas" (octubre de 2004, en <http://www.menopause.org/media/pr2004HT.pdf>), y la realizada por el Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional de Menopausia (en *Climateric* 2004; 7:8.11 y *Climateric* 2004;7:333-7), son publicaciones que les podrán aclarar muchas de las dudas que actualmente tienen y les permitirán otorgar el beneficio del tratamiento de la terapia de reemplazo hormonal, con las dosis y por el tiempo necesario, a aquellas pacientes que realmente lo necesitan de acuerdo con la valoración individual de cada una de ellas.

Los invitamos cordialmente a participar en nuestro IV Congreso sobre Climaterio, Menopausia y Osteoporosis, por realizarse del 4 al 8 de abril de 2005, de 7 a.m. a 2 p.m., en el Hotel Radisson Europa, en el que discutiremos ampliamente el cuidado integral de la salud de la mujer climática.

Situación del **cáncer de cérvix** en Centroamérica

El cáncer de cérvix es un gran problema de salud pública que se encuentra principalmente en los países en desarrollo.

Dr. Adolfo Montero Masís

Ginecólogo oncólogo
Hospital de las Mujeres

Este estudio fue presentado en el Congreso de Ginecología y Obstetricia, en El Salvador, en noviembre de 2004.

A pesar de ser prevenible y curable, los programas de prevención han sido poco efectivos. Es el cáncer con mayor potencial demostrado de prevención secundaria, su tamizaje es de bajo costo y de riesgo menor.

Para el año 2000, se estimó que habría en el mundo 470.606 casos y 233.372 muertes, de los cuales se darían en América 92.136 casos y 37.640 decesos, más del 80% de ambas cifras en América Latina y el Caribe.

Cuadro #1 Cáncer de cérvix y muertes estimadas por país por 100.000 hab., año 2000.

País	Incidencia	Mortalidad
Belice	30	11
Costa Rica	424	197
El Salvador	1041	387
Guatemala	1432	566
Honduras	833	329
Nicaragua	997	392
Panamá	389	158

Para el año 2000 en América Central la tasa de incidencia fue de 40,28% y la de mortalidad de 17,3% por 100.000 habitantes.

La incidencia ha permanecido alta a pesar de que en países como Canadá y Estados Unidos se ha logrado disminuir con el tamizaje. En cuanto a la mortalidad, se ha mantenido alta en Nicaragua y El Salvador; por el contrario, Canadá posee la más baja de América con 1.17 x 100.000 mujeres (año 2000). En Costa Rica, la tasa de muertes ha venido disminuyendo en los últimos 10 años aproximándose a 5 x 100.000 en el año 2003.

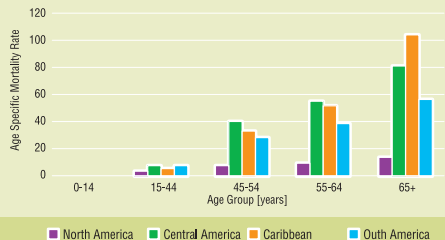
La diferencia en incidencia y mortalidad entre países en desarrollo y desarrollados puede deberse a:

- Dificultad en el acceso a los servicios de salud.
- Calidad de los servicios.
- Bajo nivel socioeconómico y educativo.
- Factores culturales y psicosociales.

En Centroamérica, la incidencia y mortalidad aumentan con la edad.



Tasa de mortalidad por 100.000 habitantes, Globocán 2000.



- La sobrevida es pobre porque:
- La enfermedad se detecta cuando es avanzada.
 - El cuidado de soporte es inadecuado.
 - No se completa el tratamiento.
- Esta es significativamente menor en países en desarrollo.

Un programa efectivo de prevención y control debe incluir un tamizaje de muy buena calidad y con excelente cobertura, diagnóstico temprano, tratamiento rápido, un seguimiento adecuado, programas de educación e información.

Analizando la cobertura por edad específica, se encontró que las mujeres jóvenes se tamizan con mayor frecuencia y en mayor número,

debido probablemente a que el tamizaje en muchos países se realiza dentro de consultas como planificación familiar y control prenatal.

En Costa Rica, el porcentaje de mujeres que se realizan la citología cervical es de aproximadamente un 65-70%.

Recomendaciones:

- Divulgar que es un problema de salud prevenible.
- Normar el manejo (en Costa Rica ya existe).
- Optimizar el uso de los recursos económicos (en todos los niveles de atención).
- Mejorar la calidad y cantidad de citopatólogos y citotecnólogos.
- Que el tamizaje tenga cobertura nacional.
 - Establecer o mejorar el sistema de información entre los niveles de atención.
 - Actualización de los distintos profesionales.
 - Contar con equipo en cantidad y calidad adecuadas.
 - Mejorar la recopilación de información.
 - Fomentar la investigación.

Cuadro #2 Incidencia y mortalidad para Centroamérica, año 2000



Referencias

1. Ferlay et al, Globocán 2000, *Cáncer incidence, mortality and prevalence worldwide*, IARC press, Lyon, France, 2001.
2. Pan American Health Organization: special issue on cancer of the uterine cervix, bulletin of Pan American Health Organization 30(4), 1996.

Ojo clínico en medicina

En la escuela de medicina escuche con frecuencia como muchas personas que no eran estudiantes de la carrera se referían a los grandes maestros diciendo de ellos, entre sus muchos atributos, que eran poseedores de un excelente "ojo clínico".

Dr. Eliseo
Valverde Monge



En mis tiempos de estudiante, los métodos de enseñanza eran muy diferentes a los actuales; comenzando por no disponer de los sofisticados equipos audio-visuales de ahora. Los maestros necesitaban tener amplios conocimientos en didáctica, poseer excelente coordinación y tener fijo un objetivo. Aprender era difícil para aquellos estudiantes que no estaban atentos en la clase y que no repasaban una y otra vez las magistrales lecciones de tan brillantes profesores.

Al iniciar la mitad de la carrera de medicina, la clínica se convertía en una puerta hacia el ho-

rizonte: el interrogatorio, la palpación, la percusión, la auscultación eran la llave que conducían al diagnóstico y dependiendo del "ojo clínico", este sería acertado o no.

En esa época, los médicos jóvenes solíamos considerar al director de la cátedra como una autoridad infalible, una especie de semidiós en el terreno de la medicina. A medida que pasaba el tiempo se iban adquiriendo opinión propia y, con ella, la capacidad de hacer diagnóstico por su cuenta.

El eminente cirujano nacional, Juan Jaramillo Antillón, docente de corazón, reconoce en su exquisita sabiduría que desde la más antigua medicina eran seleccionados los médicos fundamentalmente por el acierto en sus diagnósticos con el término "Ese médico tiene un buen ojo clínico".

Con esta expresión de buen ojo clínico, se quería significar que ese profesional usualmente y por encima de muchos otros era acertado en el diagnosticar enfermedades a sus pacientes, basado en su experiencia.

Posiblemente el más famoso médico con un gran ojo clínico fue HIPÓCRATES, un médico griego del siglo IV aC., quien poseía una tremenda capacidad de observación y análisis y una mente abierta para aprender incluso de los errores que cometía. Con ello logró crear un sistema de inspección del paciente, y una técnica para interrogarlos sobre sus molestias y ver el lugar donde vivía y los riesgos a los que estaba expuesto. Fundó el método del estudio a la cabecera del paciente. La mayoría de sus diagnósticos eran acertados para su época pero el reconocimiento que no siempre era así y que a veces se equivocaba a pesar de toda la experiencia que tenía.

El "buen ojo clínico" de muchos médicos por siglos fue el que dio fama a muchos profesionales de la medicina, pero no fue siempre correcto o acertado en sus diagnósticos, simplemente se respetaba el mismo por el prestigio que tenía el médico, pero era imposible confirmar o desmentir el diagnóstico por falta de tecnología clínica, de gabinete o de laboratorio que confirmara lo mismo. Esto comenzó a cambiar cuando se realizaron autopsias para confirmar la causa de muerte de los enfermos y cuando aparecieron los primeros exámenes de laboratorio que confirmaban por ejemplo la existencia de una tifoidea, o de rayos X para una lesión tuberculosa o un cáncer.

El doctor Jaramillo Antillón considera que hoy día siguen existiendo médicos que por sus estudios y preparación y por su capacidad de análisis de los síntomas y signos del enfermo, aunado a su experiencia tienen una gran capacidad de diagnosticar clínicamente casos incluso difíciles sin recurrir a exámenes complementarios.

Pero en la actualidad no se acepta que el médico por experimentado que sea se base únicamente en su experiencia y se requiere y exige que sus diagnósticos se apoyen en exámenes de laboratorio, y gabinete que confirmen su impresión clínica inicial y aún así sabemos que en algunos casos es imposible hacer un diagnóstico correcto. A eso se le llama hoy "Medicina basada en evidencias".

Cuando yo finalicé la carrera de medicina, me examiné un jurado integrado por los doctores Benjamín Bandera, Sordo Noriega y García de Penichet, los tres eran clínicos profundos. Me pidieron que hiciera diagnóstico clínico de embarazo, sin laboratorio ni gabinete, ya que según ellos, venía por Costa Rica, un país con pocos recursos, en el que la clínica era imprescindible: "se referir o impulsaban el ojo clínico".

En la opinión diagnóstica no todos están de acuerdo. En estas discusiones se revela el carácter y el valor médico del individuo. Un hombre que fracasa en semejante prueba al no demostrar tener el valor suficiente para sostener su convicción contra viento y marea sin tener en cuenta los perjuicios que pueda acarrearle, no será nunca un buen médico pero, antes tuvo que haber sido un buen estudiante y que tener la seguridad de que domina la materia.