

REVISTA CONAMED

Órgano Oficial de Difusión de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. Volumen 23, Número 3, Julio - Septiembre, 2018 ISSN 2007-932X



La NOM-048 Para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad médica mexicana

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

Comentario respecto a la
NOM-048-SSA2-2017

Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento

El cumplimiento de sentencias relacionadas con laudos arbitrales resueltos por la CONAMED

Carta al Editor

Elementos básicos de una
receta médica

Para evitar errores en la interpretación, la prescripción debe ser: **clara, legible y sin abreviaturas**, para proteger la **seguridad del paciente**

Se recomienda anexar también:

Nombre completo del paciente;
edad; sexo; alergias (sí, no, ¿cuáles?);
talla; peso; IMC;
temperatura;
presión arterial;
diagnóstico médico.

Descripción del tratamiento:

Nombre genérico
Forma farmacéutica
Dosis
Presentación
Frecuencia
Vía de administración
Duración del tratamiento
Indicaciones para el uso

Receta médica

Nombre completo del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Alergias: _____

Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____ Temperatura: _____ Presión arterial: _____

Diagnóstico médico: _____

Tratamiento: _____

Amoxicilina + ácido clavulánico.
Tabletas 500/125 mg. Caja con 12 tabletas.

durante 7 días. Tomar 1 cada 8 horas. Vía oral,
Administrarse junto con alimentos.

Nombre completo del médico que prescribe
Ced. Prof. 00000 7000
Escuela Nacional

Fecha: ____/____/____

Bienestar 21, Barrio Salud, Ciudad de México, 04201, número telefónico

Datos obligatorios por Ley

Nombre completo del médico que prescribe
Número de cédula(s) profesional(es)
Institución(es) que emite el título
Fecha
Domicilio completo del consultorio
Teléfono
Firma
Firma del médico

De acuerdo con el artículo 28 del
“Reglamento de insumos para la salud”:

La receta médica podrá ser emitida por:

- I. Médicos; II. Homeópatas; III. Cirujanos dentistas; IV. Médicos veterinarios (en el área de su competencia);
V. Pasantes en servicio social de las carreras anteriores y VI. Enfermeras y parteras.

Los profesionales deberán contar con cédula profesional expedida por las autoridades educativas competentes.

Los pasantes, enfermeras y parteras podrán prescribir ajustándose a las especificaciones que determine la Secretaría.

Referencias:

Secretaría de Salud. Ley General de Salud. México. Diario Oficial de la Federación; 7-02-1984. Texto vigente. Última reforma publicada el 11-05-2018; [acceso el 21-05-2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo11037.html>

Secretaría de Salud. Artículo 28 y 29. Reglamento de insumos para la salud. Diario Oficial de la Federación; 4-02-1998. Texto vigente. Últimas reforma publicada el 14-03-2014; [acceso el 21-05-2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo88318.html>

- Editorial** 107 La NORMA Oficial Mexicana 048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad médica mexicana
Mexican Official Standard 048-SSA2-2017, for the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health prevention of prostate cancer and its usefulness to the Mexican medical community
Hugo A Manzanilla-García
- Artículo especial** 110 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-048-SSA2-2017, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE EL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA) Y CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA)
Mexican Official Standard NOM-048-SSA2-2017, For the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health promotion on benign prostatic growth (prostate hyperplasia) and prostate cancer (malignant tumor of the prostate)
- Artículo de opinión** 126 Comentarios a la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata)
Comments to Mexican Official Standard NOM-048-SSA2-2017, For the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health promotion on the benign prostatic growth (hyperplasia of the prostate) and cancer of the prostate (malignant tumor of the prostate)
Carlos Llopis-Aragón
- Artículo de revisión** 132 Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento
Common pediatric urologic conditions: presentation, work up, diagnosis, and treatment
Anselmo Domínguez-Chicas
- Derecho Sanitario** 141 El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico
The fulfillment of sentences issued by the federal judicial power in relation to the arbitral awards resolved by the National Commission of Medical Arbitration
Carina Xóchil Gómez-Fröde
- Carta al editor** 152 El concepto de víctima relacionado con los contenidos del artículo: Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM.
Rev CONAMED 2018; 23(2): 66-72
The concept of victim related to the contents of the article: Adverse event and burnout in health professionals of primary health care center. Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM. Rev CONAMED. 2018; 23(2): 66-72
Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez
- 154 Respuesta de los autores
Authors' response
Esther Mahuina Campos-Castolo, Elisa Yazmín Jiménez-Flores, Alejandro Alayola-Sansores

REVISTA CONAMED

Director General
Dr. Onofre Muñoz Hernández

Editor
Dr. Fernando Meneses González

Director Asociado
Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández

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

Comité Editorial

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

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

Dr. Jesús Reyna Figueroa
Petróleos Mexicanos, México

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

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

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

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

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

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

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

Mtra. Elysee Bautista González
FUNSAUD

Consejo Editorial
Dr. Juan Garduño Espinosa
Red Cochrane, México

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

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

Dr. Armando Mansilla Olivares
Academia Nacional de Medicina, México

Dr. Jesús Tapia Jurado
Academia Mexicana de Cirugía, México

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
Facultad de Medicina UNAM, México

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Portada: Jorge Collado

La REVISTA CONAMED está registrada en los siguientes índices:

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



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

REVISTA CONAMED, Año 23, No. 3, julio-septiembre 2018, es una publicación trimestral editada por la Secretaría de Salud, a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, calle Lieja No. 7, Col. Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Tel. 52 (55) 5062-1600, www.salud.gob.mx. Editor responsable: Dr. Onofre Muñoz Hernández, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2014-040110340300-203, ISSN: 2007-932X, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este Número, Dirección General de Difusión e Investigación CONAMED, Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, calle Mitla, No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020. Tels. 52 (55) 5420-7043, www.conamed.gob.mx, revista@conamed.gob.mx, fecha de última modificación, 21 de septiembre de 2018. Los artículos firmados son responsabilidad del autor. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. REVISTA CONAMED se publica bajo la política de Acceso Abierto (Open Access) y está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional, por lo que se permite compartir, copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra y hacer derivadas, citando la fuente.

La NORMA Oficial Mexicana 048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad médica mexicana

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

Hugo A Manzanilla-García*

La comunidad médica mexicana cuenta desde diciembre de 2017 con un documento inédito en nuestro país, la Norma Oficial Mexicana 048 referente al diagnóstico y tratamiento del Crecimiento Prostático Benigno y del Cáncer de Próstata. Esto es el resultado del trabajo iniciado desde el año 2012 por iniciativa de la Sociedad Mexicana de Urología, Colegio de Profesionistas A.C. (www.smu.mx) presidida entonces por el suscrito y con la colaboración de la Asociación Mexicana de Lucha contra el Cáncer (www.amlcc.org), presidida por la señora Mayra Galindo, quienes, de manera formal asistimos a las oficinas de la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios COFEPRIS (www.cofepris.gob.mx) y se comenzó a integrar el borrador dentro de los formatos obligatorios para cumplir con un documento oficial como lo es ahora dicha norma. Posteriormente, la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud del organismo rector de la atención de la salud de los mexicanos, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE www.cenaprece.salud.gob.mx) convocó a las diferentes Instituciones médicas oficiales del país, instituciones académicas públicas, asociaciones de especialistas en Urología, Oncología Médica y Radio Oncología para que, bajo una serie de reuniones calendarizadas anuales, tomara forma este documento tan importante para todos los médicos del país. Fue así como el 15 de diciembre del 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata) (dof.vlex.com.mx/vid/norma-oficial-mexicana-nom-699033201).¹ En este documento se delinear de manera precisa los instrumentos diagnósticos de estos padecimientos de la glándula prostática, así como las diferentes opciones de tratamiento para ambos padecimientos prostáticos.

En esta ocasión dada la importancia del cáncer de próstata, haré referencia únicamente a este importante problema de salud pública de nuestro país.

* Médico adscrito al Área de Tumores Urogenitales del Servicio de Urología del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Correspondencia:

HAMG, hamanzanilla@gmail.com

Conflicto de intereses:

El autor declara que no tiene.

Citar como: Manzanilla-

García HA. La Norma Oficial Mexicana 048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y prevención de la salud sobre el cáncer de próstata y su utilidad para la comunidad médica mexicana. Rev CONAMED 2018; 23(3):107-109.

Recibido: 01/09/2018.

Aceptado: 13/09/2018.

El cáncer de próstata representa hasta este momento un verdadero problema para los mexicanos, no sólo de salud pública, ya que se ha convertido en un verdadero problema socioeconómico para la familia mexicana. Esta situación es producto de diferentes factores como: bajos salarios, donde el padre de familia se mantiene aún en un alto porcentaje de familias mexicanas como el único aporte económico familiar, o peor aún, existen casos donde existe una falta de ingresos económicos formales en la familia. El problema de ingresos económicos precarios o inexistentes, condiciona que el mexicano no acuda a consultas de medicina preventiva, dando como resultado que hoy siete de cada 10 pacientes diagnosticados por primera vez se encuentren en etapas avanzadas de la enfermedad. Esto condiciona que el costo de tratamiento de esta enfermedad en estas etapas avanzadas se incremente de manera ilimitada y constante. Además, los familiares directos del paciente tienen la necesidad de pedir permisos laborales de manera recurrente para asistir a las consultas y tratamientos hospitalarios con su familiar afectado, mermando aún más la situación económica, afectiva y emocional de la familia completa llevándolos a la debacle integral familiar.

Otro problema existente en esta enfermedad es la falta de homogeneización en los criterios de diagnóstico y más aún en aquéllos para establecer esquemas de tratamiento homogéneos en las diferentes etapas de la enfermedad. Esta situación ha dado como resultado que en las diferentes instituciones oficiales de atención médica pública existan al interior guías de diagnóstico, guías de tratamiento u otras que integran los dos conceptos. Esto provoca que cada institución establezca diferentes rutas de diagnóstico o formas de tratamiento para una etapa de la enfermedad de manera distinta a otra institución médica oficial pública, aumentando así los costos en la adquisición de diferentes medicamentos con un mismo mecanismo de acción, pero con diferentes precios.

La publicación de la NOM 048-SSA2-2017 proporciona puntualmente los instrumentos diagnósticos, así como las diferentes opciones de tratamiento en cada etapa de la enfermedad a toda la comunidad médica mexicana, lo que tendrá una inferencia en estos problemas expresados.

Esta norma nos delinea con precisión el papel que juega el médico de primer contacto, quien encontrará en ella los pasos que tiene que dar desde la primera consulta con un paciente del sexo masculino y que tenga 45 años o más, a partir de efectuar una búsqueda intencionada de las enfermedades de la próstata mencionadas, aun cuando el motivo de su consulta sea por otro padecimiento. Además se integrará una historia clínica en la que se hará énfasis en la búsqueda de factores de riesgo que presente el paciente para desarrollar cáncer de próstata. También se expresa la necesidad de efectuar una exploración física integral que incluya el tacto rectal así como el papel que juega el criterio diagnóstico de laboratorio con el valor sérico del antígeno prostático específico de tipo cuantitativo y, sobre todo, cuando sea necesaria la derivación del paciente a otro nivel de atención.

En el documento también se menciona de manera precisa cómo el especialista debe aplicar los diferentes criterios diagnósticos precisos para el cáncer prostático, el apego a la clasificación internacional de la Unión Internacional contra el Cáncer (TNM), incluyendo a cada paciente en los diferentes grupos de riesgo de la enfermedad, teniendo en consideración los criterios pronósticos como el valor del antígeno prostático específico, el número de muestras positivas en la biopsia el porcentaje de cáncer en cada muestra, el grado de Gleason encontrado en las muestras examinadas, así como los hallazgos encontrados en los estudios de imagen como tomografía helicoidal o gammagrama óseo cuando sea necesaria su aplicación.

En la NOM-048-SSA2-2017, el especialista también encontrará de manera muy puntual las diferentes opciones de tratamiento para cada etapa de la enfermedad o las opciones alternas cuando se tenga alguna contraindicación médica para la aplicación de una de las opciones primarias indicadas. En estas opciones terapéuticas se delinean perfectamente el papel que juegan los diferentes especialistas para el tratamiento del cáncer de próstata. Así encontramos la importancia del cirujano urólogo en la aplicación de la prostatectomía con sus diferentes abordajes en la etapa de enfermedad del órgano confinada, o el papel del radio-oncólogo al aplicar esquemas de radioterapia de intensidad modulada, opción muy

considerada con la aplicación del tratamiento con los equipos de radioterapia con aceleradores lineales que permiten, hoy por hoy, ofrecer esta opción terapéutica prácticamente como una cirugía sin bisturí al permitir la aplicación de radiación únicamente a la glándula prostática y sin provocar graves daños a los órganos vecinos como vejiga y recto, además de permitir una mayor dosis de radicación únicamente al órgano afectado.

El tratamiento hormonal inicial lo prescribe el urólogo, describiéndose en la norma el tipo de medicamentos hormonales iniciales que se deben prescribir, la forma de monitorizar la respuesta al tratamiento, así como tomar decisiones al definir una falla bioquímica y clasificar al cáncer como resistente a la castración y cuándo utilizar segundas líneas de tratamiento médico.

El especialista en oncología médica también tiene un papel importante en la aplicación de esquemas de tratamiento de segunda línea o la alternancia de estos medicamentos en tiempo y cómo tomar decisiones para aplicar medicamentos anti-andrógenos supra-selectivos, o medicamentos de quimioterapia cuando sean necesarios.

Es así como esta NOM-048-SSA2-2017 ha sido publicada para establecer una HOMOGENEIZACIÓN en los criterios de diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad neoplásica de la próstata dentro de las diferentes instituciones de atención de la salud dentro de nuestra República Mexicana; sin embargo, ahora viene una etapa igualmente importante: su difusión generalizada, así como el apego de todos y cada uno de los médicos de nuestro país a la misma, con el único fin de abatir las cifras tan alarmantes del retraso en el diagnóstico y revertir los porcentajes de enfermedad en etapas avanzadas para lograr diagnósticos más oportunos y en etapas iniciales de este padecimiento. Enhorabuena por este gran esfuerzo que beneficiará indudablemente a los pacientes y sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

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

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-048-SSA2-2017, PARA LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SOBRE EL CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA) Y CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA)

Mexican Official Standard NOM-048-SSA2-2017, For the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance and health promotion on benign prostatic growth (prostate hyperplasia) and prostate cancer (malignant tumor of the prostate)

Correspondencia:

MELD,
elozanod@yahoo.com

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no tienen.

Recibido: 15/08/2018.

Aceptado: 22/08/2018.

ÍNDICE

0. Introducción
1. Objetivo y campo de aplicación
2. Referencias normativas
3. Términos y Definiciones
4. Símbolos y términos abreviados
5. Disposiciones generales
6. Promoción para la salud
7. Consejería y acompañamiento emocional
8. Detección integral en el primer nivel de atención de crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata)/ cáncer de próstata (tumor maligno de próstata)
9. Crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata)
10. Diagnóstico y manejo con sospecha de crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata)
11. Tratamiento y seguimiento del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata)
12. Diagnóstico de cáncer de próstata (tumor maligno de próstata)
13. Tratamiento de cáncer de próstata (tumor maligno de próstata)
14. Monitoreo y evaluación
15. Vigilancia epidemiológica
16. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
17. Bibliografía
18. Observancia de la Norma
19. Vigencia
20. Apéndices

Publicada en el Diario Oficial: NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Secretaría de Salud. Estados Unidos Mexicanos. DOF, 15 de diciembre 2017, [citado el 15 de diciembre de 2017]; Disponible en versión HTML en internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507972&fecha=15/12/2017

O. INTRODUCCIÓN

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

El Crecimiento Prostático Benigno es la enfermedad urológica más común y frecuente en el hombre adulto. Desde los 40 años de edad hay evidencia de crecimiento histológico y, el principal factor de riesgo para su desarrollo es la edad. El aumento de tamaño es responsable, en la mayoría de los casos, de lo que se conocía como prostatismo, actualmente denominado síntomas del tracto urinario inferior, aunque no son la única causa de éstos.

En México, la prevalencia del Crecimiento Prostático Benigno, representa un problema de salud pública, como se registró en las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud 2012, en la cual el 35% de los hombres mayores de 60 años, refirieron tener un diagnóstico médico previo de la enfermedad y, este antecedente es más frecuente a mayor edad, como fue con el 17% del total de los hombres mayores de 80 años. Cabe señalar que, de acuerdo a la Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento 2013, el 58.3% de los hombres entre los 60 y 74 años de edad, refirieron no realizarse examen de próstata, así como el 63.2% de los hombres de 75 años de edad o más. En el año 2014, se registraron más de 40,000 casos nuevos de Crecimiento Prostático Benigno por las diferentes instituciones de salud, de los cuales el 96% tiene 45 o más años de edad.

Por otro lado, el Cáncer de Próstata, se considera uno de los problemas médicos más importantes de

la población masculina. En el año 2012, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía reportó a los tumores malignos como la tercera causa de mortalidad en la población general del sexo masculino; de éstos, el tumor maligno de próstata es el más común a partir del año 2006, previo a este año sólo era rebasado por el tumor de tráquea, bronquios y pulmón. En el grupo de edad mayor de 65 años, este padecimiento siempre se ha reportado como el más frecuente. La tasa de mortalidad por esta causa, se ha incrementado en los últimos 15 años de 42.3% a 45.9% por cada 100,000 habitantes. Además, es la segunda causa de egreso hospitalario por cáncer, sólo rebasado por el tumor maligno de mama.

1. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

1.1 Esta Norma, tiene por objetivo establecer los criterios para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno y del cáncer de próstata, así como las acciones de promoción de la salud relacionadas con dichos padecimientos.

1.2 Esta Norma, es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todos los profesionales de la salud, de los sectores público, social y privado pertenecientes al Sistema Nacional de Salud, que presten servicios de atención médica relacionados con la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno y del cáncer de próstata, así como las acciones de promoción de la salud relacionadas con dichos padecimientos.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las sustituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

3. TÉRMINOS Y DEFINICIONES

3.1 Acompañamiento emocional: a la atención que se proporciona a los hombres con cáncer de próstata ante las posibles implicaciones emocionales, adaptativas y psicosociales que puedan manifestar en las etapas de diagnóstico, tratamiento y posterior al tratamiento, a fin de que puedan afrontar efectivamente la enfermedad, estén en posibilidad de tomar las mejores decisiones y preserven o mejoren su calidad de vida.

3.2 Andrógenos: a las hormonas esteroideas producidas en el testículo, corteza suprarrenal y ovario. Las principales son la testosterona, dihidrotestosterona y la androstenediona; éstas se biotransforman en estrógenos en el tejido adiposo periférico.

3.3 Antígeno prostático específico (APE): a la glucoproteína sintetizada en las células epiteliales de la próstata, cuya función es la licuefacción del semen eyaculado y permitir el medio adecuado para que los espermatozoides se movilicen libremente; su producción depende de la presencia de andrógenos y sus niveles en sangre pueden modificarse en relación al volumen prostático.

3.4 Biopsia: a la extracción de tejido de un órgano, para examen microscópico con fines diagnósticos.

3.5 Biopsia de próstata: a la extracción de varios fragmentos del tejido de la próstata, por diferentes vías y procedimientos con fines diagnósticos.

3.6 Biopsia transrectal de próstata (BTR): a la toma de un fragmento de tejido prostático por vía rectal utilizando una aguja, con el apoyo de un transductor de ultrasonido.

3.7 Braquiterapia: a la colocación de semillas radioactivas dentro de la próstata por vía perineal percutánea.

3.8 Cáncer: al tumor maligno en general que se caracteriza por pérdida en el control de crecimiento,

desarrollo y multiplicación celular con capacidad de producir metástasis.

3.9 Cáncer de Próstata (CaP): al tejido que se caracteriza por crecimiento celular desordenado a nivel de las glándulas y del estroma prostático, con capacidad de producir metástasis.

3.10 Consejería: al proceso de análisis y comunicación personal entre el o la prestadora de servicios de salud y la población usuaria, mediante la cual se le proporciona información, orientación y apoyo educativo, tomando en cuenta su situación y sus roles de género, con el fin de posibilitar la toma de decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento del crecimiento prostático benigno y del cáncer de próstata, según sea el caso.

3.11 Consentimiento informado: al proceso continuo y gradual que se da entre los profesionales de la salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados.

3.12 Crecimiento prostático benigno (CPB): se entiende como el incremento en el tamaño y/o el número de células del estroma y el epitelio de la próstata.

3.13 Diagnóstico temprano: a la sensibilización (por parte del público o de los profesionales de la salud) de los primeros signos y síntomas del cáncer para facilitar el diagnóstico antes de que avance la enfermedad. Esto permite una terapia más eficaz y sencilla: el concepto de diagnóstico temprano en ocasiones se denomina “down-staging” (o descenso de la extensión clínica del tumor).

3.14 Factor de riesgo: a la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

3.15 Ganglio: a la estructura diferenciada que se encuentra rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo y, algunas fibras elásticas que forma parte de las cadenas del sistema linfático.

3.16 Goteo terminal: a la salida involuntaria de orina al final de la micción, en forma de gotas, que

puede ser un síntoma relacionado con crecimiento de la próstata.

3.17 Hematuria: a la presencia de sangre en la orina. Existen 2 formas de presentación: macroscópica, se le denomina a la presencia de sangre visualmente perceptible en la micción que puede o no estar acompañada de coágulos y microscópica, a la presencia de más de 2 eritrocitos por campo en 2 exámenes generales de orina consecutivos.

3.18 Hiperplasia: a la multiplicación anormal de los elementos de un tejido, debido a un proceso inflamatorio o neoplásico.

3.19 Incidencia: al número de casos nuevos de una enfermedad o daño, ocurridos en una población, lugar y tiempo determinados.

3.20 Intermittencia: a la micción que inicia y se detiene, en ocasiones de manera involuntaria, la cual refleja la obstrucción del flujo urinario, sobre todo a nivel prostático o debido a claudicación vesical.

3.21 Linfadenectomía pélvica: a la resección de los ganglios linfáticos ubicados en la cavidad pélvica a nivel de los vasos ilíacos.

3.22 Manejo integral: a la atención médica del paciente basada en la persona mediante la identificación y manejo de los determinantes individuales y familiares para conservar la salud, evitar o retrasar el desarrollo de enfermedades y, en su caso, las metas del tratamiento, el manejo no farmacológico y farmacológico, la educación del paciente, el seguimiento médico y la vigilancia de complicaciones.

3.23 Morbilidad: al número de personas enfermas o el número de casos de una enfermedad en relación a la población en que se presentan en un lugar y tiempo determinado.

3.24 Neoplasia o tumor: a la proliferación celular de carácter tumoral.

3.25 Nocturia: al hecho de despertarse por la noche para orinar.

3.26 Perspectiva o enfoque de género: a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

3.27 Prevención Primaria: a las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales, predisponentes o condicionantes.

3.28 Prevención Secundaria: a las medidas destinadas al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas del paciente), comprende acciones en consecuencia de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

3.29 Profesionales de la salud: al personal que ejerce actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, optometría, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan las disposiciones aplicables, que requieren los títulos profesionales o certificados de especialización que hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, de conformidad con el artículo 79 de la Ley General de Salud.

3.30 Pronóstico: al juicio hipotético acerca de la terminación, grado de afectación y secuelas probables de una enfermedad en un individuo determinado.

3.31 Próstata: al órgano glandular del aparato genitourinario masculino, con forma de castaña, ubicada enfrente del recto, debajo y a la salida de la vejiga urinaria.

3.32 Prostatectomía Radical (PR): a la extirpación quirúrgica (abierta, laparoscópica o robótica) de la glándula prostática, con las vesículas seminales y linfadenectomía pélvica bilateral, cuando esté indicada según la estadificación del paciente, de conformidad con el Apéndice I Informativo, de esta Norma.

3.33 Pujo miccional: al empleo de musculatura abdominal para mejorar el vaciamiento vesical.

3.34 Retención urinaria: a la imposibilidad para llevar a cabo la micción y en consecuencia el vaciamiento vesical.

3.35 Riesgo: a la posibilidad o probabilidad de que suceda un padecimiento o enfermedad en un periodo concreto.

3.36 Tacto rectal (TR): al examen de exploración clínica que consiste en evaluar de manera digital el tono del esfínter anal, así como la consistencia de la próstata, estimación del volumen, la superficie, bordes, dolor y temperatura de la próstata.

3.37 Tamizaje: a la aplicación sistemática de una prueba de detección en una población presumiblemente asintomática. Su objetivo es identificar individuos con una anormalidad indicativa de un cáncer específico. Estas personas requieren investigación adicional.

3.38 Tamizaje oportunista: a la aplicación no sistemática de pruebas de detección en los servicios de salud rutinarios.

3.39 Titubeo premiccional: al retardo en el inicio de la micción.

3.40 Tratamiento conservador: a la vigilancia activa de determinados pacientes que por sus comorbilidades y esperanza de vida no son candidatos a tratamiento radical y aquellos que reciben sólo tratamiento médico.

3.41 Tratamiento hormonal: al uso de hormonales (antiandrógenos, agonistas o antagonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante, andrógenos), con la finalidad terapéutica.

3.42 Tratamiento radical: al que se lleva a cabo por medio de cirugía, radioterapia externa o braquiterapia que ofrece la posibilidad de curación en CaP localizado.

3.43 Uretrocistoscopia: al examen endoscópico que permite visualizar la uretra en toda su extensión, parcialmente la próstata, el cuello vesical, el trigono vesical, los orificios ureterales y el resto de la vejiga.

3.44 Uroflujometría: al examen que determina el volumen de orina por cada segundo del chorro urinario, la duración de la micción, el volumen miccional y las características del flujo. Permite conocer la capacidad de la vejiga, el estado de las vías urinarias, entre otros. El procedimiento consiste en que el paciente tiene que orinar en un inodoro portátil, y el resultado aparece en un gráfico que refleja el volumen de orina, frente al tiempo que se ha tardado.

3.45 Vaciamiento incompleto: a la percepción de no haber vaciado completamente la vejiga.

3.46 Vigilancia activa: a la estrategia de tratamiento que incluye una política activa de posponer el tratamiento hasta que éste sea preciso.

4. SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

Cuando en esta Norma, se haga referencia a los símbolos y términos abreviados siguientes, se entenderá:

4.1 APE l/t Antígeno prostático específico libre/total.

4.2 ARNm Ácido ribonucleico mensajero.

4.3 BTR Biopsia transrectal de próstata.

4.4 CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª edición.

4.5 CPB Crecimiento prostático benigno.

4.6 CSP Cuestionario de Síntomas Prostáticos.

4.7 cT1a Clasificación del tumor incidental en menos del 5% del tejido resecado (RTUP).

4.8 cT1b Clasificación del tumor incidental en más del 5% del tejido resecado (RTUP).

4.9 cT1c Tumor identificado en biopsia de próstata por APE elevado.

4.10 cT2a Clasificación del tumor que involucra menos del 50% de un lóbulo.

4.11 cT3a Clasificación extensión extracapsular (unilateral o bilateral) incluyendo el cuello vesical.

4.12 cT3b Clasificación del tumor con extensión a las vesículas seminales.

4.13 cT4 Clasificación del tumor fijo o invade estructuras adyacentes de manera macroscópica (cuello vesical, esfínter externo, recto, músculo elevador del ano y/o pared pélvica).

4.14 EGO Examen general de orina.

4.15 LHRH (GnRh) Hormona liberadora de la hormona luteinizante (hormona liberadora de gonadotropina) (por sus siglas en inglés).

4.16 ml Mililitro.

4.17 nmol/L nanomoles por litro.

4.18 ng/ml nanogramos por mililitro.

4.19 OSB Orquiectomía simple bilateral.

4.20 PET/CT Tomografía por emisión de positrones/Tomografía computada (por sus siglas en inglés).

4.21 PCA3 Gen específico de cáncer de próstata.

4.22 PR Prostatectomía Radical.

4.23 RM Resonancia magnética.

4.24 RTUP Resección transuretral de la próstata.

4.25 SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

4.26 STUI Síntomas del tracto urinario inferior.

4.27 TD-APE Tiempo de duplicación del APE.

4.28 TPA Terapia de privación androgénica.

4.29 TNM Tumor, ganglios, metástasis (por sus siglas en inglés).

4.30 TR Tacto rectal.

4.31 VAPE Velocidad del APE.

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 Las actividades de prevención primaria y secundaria, así como la consejería que se otorguen a la población, para dar a conocer la existencia de las enfermedades de CPB y CaP y sus consecuencias, tienen la finalidad de fomentar la detección temprana y la atención médica para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos. Dichas actividades, serán llevadas a cabo por el personal de salud del primer nivel de atención, de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud.

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

5.3 Una vez detectado, el CPB con sintomatología severa, o sospecha de CaP, el paciente debe ser referido por el médico tratante a otro establecimiento para la atención médica de mayor capacidad resolutoria, que cuente con médico especialista, que pueda brindar la atención médica oportuna y adecuada, para su diagnóstico y tratamiento.

5.4 Los profesionales de la salud de las unidades de atención médica deben contar con el consentimiento informado y firmado por el paciente, obtenido conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

6. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

6.1 Para efectos de esta Norma, la promoción de la salud, tiene como propósito que los profesionales de la salud, den a conocer a la población, a través de los medios de comunicación disponibles, material de promoción y documentos técnicos con los signos y síntomas de CPB y CaP, a fin de que los interesados acudan a la consulta médica.

6.2 Los profesionales de la salud de los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud, en el primer nivel de atención, deben fomentar las acciones de detección de CPB, el tamizaje oportunista y el diagnóstico temprano de CaP en la población masculina de 45 años y más, con el propósito fundamental de realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno.

6.3 Las acciones de prevención secundaria deben incluir el fomentar la revisión clínica periódica, para garantizar el diagnóstico temprano en los casos que aún no presentan sintomatología, especialmente en el caso de cáncer de próstata.

6.4 Los establecimientos para la atención médica del Sistema Nacional de Salud, a través de las áreas de capacitación correspondiente, deben impulsar acciones de capacitación para los profesionales de la salud del primer nivel de atención, sobre la detección integral, el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado del CPB y del CaP.

7. CONSEJERÍA Y ACOMPAÑAMIENTO EMOCIONAL

7.1 Los profesionales de la salud deben proporcionar al paciente la información y orientación con apoyo de material educativo, tomando en cuenta la situación y rol de género, con el fin de facilitar la toma de decisión voluntaria, consciente e informada, referente a la importancia de tamizaje oportunista, el diagnóstico temprano y tratamiento del CPB y del CaP.

7.2 La consejería debe ser impartida por los profesionales de la salud capacitados, como parte de las acciones encaminadas a fomentar la detección y diagnóstico oportuno de la CPB y CaP. Al paciente se le debe apoyar en su decisión consciente, voluntaria e informada, de someterse o no al estudio y/o de acompañamiento emocional.

7.3 La consejería que impartan los profesionales de la salud a los hombres, debe realizarse con la intención de lograr su concientización, prevención, diagnóstico y tratamiento del CPB y el CaP.

7.4 La consejería debe acordarse con el paciente que acude a consulta médica para fomentar el autocuidado de la salud sin riesgos, con adopción de medidas higiénico dietéticas y estilos de vida saludable.

7.5 La consejería de CPB y CaP que brinden los profesionales de la salud a los hombres, debe impartirse con imparcialidad y observando lo siguiente:

7.5.1 Prestarse con absoluto respeto a los derechos humanos, condiciones psicológicas, derechos sexuales y reproductivos de los pacientes;

7.5.2 Identificar y aclarar las inquietudes del paciente, acerca de los temores y mitos o creencias que se pueden presentar en el CPB y CaP;

7.5.3 Incluir los signos y síntomas que se pueden presentar en el CPB y CaP, así como la identificación de factores de riesgo;

7.5.4 Brindar la información completa para coadyuvar a que el paciente decida sobre la aprobación de la detección integral o la adopción de alguna forma de tratamiento, haciendo énfasis en los riesgos y beneficios que le ofrecen estas alternativas de acuerdo con las características de cada caso;

7.5.5 Comprobar que el paciente recibió la información y no existan dudas al respecto, intercambiando preguntas y respuestas con respecto a los temas tratados;

7.5.6 Respetar la decisión, el consentimiento o denegación del paciente, e

7.5.7 Identificar las alteraciones psicológicas y sexuales que se pueden presentar, a fin de que se realicen las intervenciones necesarias para su tratamiento.

7.6 Los profesionales de la salud que proporcionan la consejería del CPB y CaP deben:

7.6.1 Establecer un diálogo ágil y empático con el paciente y su familiar para transmitir la información;

7.6.2 Preservar el carácter privado, confidencial y de respeto; procurando lograr un ambiente de confianza con respecto al CPB y CaP, que facilitaría la exploración física del paciente, y

7.6.3 Conocer los roles y estereotipos tradicionales, que usualmente desempeñan los hombres, como padres, trabajadores y/o como proveedores económicos, para transmitir la información sin violentar derechos y creencias del paciente para propiciar una retroalimentación adecuada.

7.7 Acompañamiento emocional.

7.7.1 Debe ser realizado en los establecimientos para la atención médica de primer nivel de atención por los profesionales de la salud previamente capacitados.

7.7.2 Esta atención es aplicable a los pacientes que lo soliciten, así como los candidatos a cirugía prostática, tratamiento con quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia y seguimiento posterior al tratamiento y debe estar orientada a disminuir el impacto emocional como consecuencia del resultado de la detección, probable diagnóstico y/o confirmación de CPB o CaP.

7.7.3 Los profesionales de la salud que proporcionen el acompañamiento emocional deben:

7.7.3.1 Favorecer las estrategias de afrontamiento efectivas ante la enfermedad, para que el paciente obtenga los recursos psicológicos posibles para enfrentar las situaciones estresantes, los cambios físicos, familiares, sociales y laborales ante la enfermedad;

7.7.3.2 Coadyuvar en mantener la calidad de vida del paciente, facilitando la adecuación de la persona a su entorno, principalmente al entorno físico y a la opinión que éste tiene respecto de sí mismo;

7.7.3.3 Coadyuvar en la expresión de los sentimientos (angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación) con el objeto de disminuirlos, para facilitar la toma de decisiones;

7.7.3.4 Brindar el acompañamiento en forma individual, confidencial y con absoluto respeto a la privacidad del paciente;

7.7.3.5 Los profesionales de la salud, de las unidades médicas de primero, segundo o tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud, que cuenten con el servicio y que tengan pacientes con diagnóstico de CaP, deben brindar el apoyo para llevar a cabo estos procesos o en su caso referirlos al servicio de psicología, y

7.7.3.6 Canalizar al paciente a grupos de apoyo dentro o fuera de la institución tratante, en caso de no existir el servicio.

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

8.1 La detección integral debe ser ofertada y realizada por los profesionales de la salud del primer nivel de atención, entre los pacientes que acudan

al establecimiento para la atención médica, independientemente del motivo de consulta, así como cuando se realicen campañas de detección en la comunidad.

8.1.1 Los profesionales de la salud, deben investigar la presencia de crecimiento prostático en pacientes con edad igual o mayor a 45 años, independientemente de que se presenten o no STUI. Cuando exista carga genética para CaP por la línea directa (abuelo, padre, hermanos), se debe realizar la valoración a partir de los 40 años de edad, de conformidad con el Apéndice A Normativo, de esta Norma.

8.1.2 La detección integral está compuesta por los siguientes elementos, que son complementarios y no excluyentes entre sí: CSP, TR y APE cuantitativo.

8.1.2.1 El APE de elección es el cuantitativo. De no contar con prueba cuantitativa, se puede realizar el estudio cualitativo o semicuantitativo (prueba rápida), y en caso de ser positivo se tiene que realizar el cuantitativo.

8.1.3 Los síntomas que se asocian al crecimiento prostático, se deben evaluar con el CSP, de conformidad con los Apéndices F y G Informativos, de esta Norma.

8.1.4 Si el paciente presenta síntomas o signos de infección urinaria, el médico debe solicitar el EGO y urocultivo, así como darle tratamiento antes de solicitar APE.

8.1.5 Cuando la detección integral por CSP, TR o APE, resulte negativa, la frecuencia con la que se debe repetir la evaluación, dependerá de los niveles de APE, los síntomas y la edad del paciente.

8.1.6 Los pacientes con STUI en la valoración inicial, se clasifican de acuerdo al CSP, de la siguiente manera:

8.1.6.1 Sintomatología leve: 1-7 puntos;

8.1.6.2 Sintomatología moderada: 8-19 puntos, y

8.1.6.3 Sintomatología severa: 20-35 puntos;

8.1.7 APE cuantitativo igual o mayor a 4 ng/ml.

8.1.8 TR anormal (crecimiento, nodulaciones o incremento en la consistencia).

9. CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)

9.1 La etiología exacta de CPB es desconocida y el crecimiento de la próstata es prácticamente universal en los hombres con el transcurso de la edad, que

pueden seguir un curso libre de síntomas o bien ser éstos irritativos u obstructivos del tracto urinario.

9.2 El CPB puede significar cualquiera de las 2 siguientes condiciones:

9.2.1 La proliferación del estroma y el epitelio, detectada microscópicamente de la hiperplasia, y/o

9.2.2 Crecimiento de la próstata detectado por TR. Los síntomas asociados con el CPB, son los mismos que para STUI, es decir, la disminución de la fuerza y calibre del chorro urinario, nocturia, intermitencia, pujo miccional, goteo terminal, sensación de vaciamiento incompleto, titubeo premiccional, habiendo descartado otras enfermedades como la diabetes mellitus o alteraciones neurológicas, así como el CaP, entre otras.

10. DIAGNÓSTICO Y MANEJO CON SOSPECHA DE CRECIMIENTO PROSTÁTICO BENIGNO (HIPERPLASIA DE LA PRÓSTATA)

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

10.2 El examen médico debe incluir como mínimo:

10.2.1 TR, que permita valorar las características físicas de la próstata: tamaño, consistencia, simetría, temperatura, nodulaciones y movilidad;

10.2.2 Genitales externos, evaluar el meato uretral (secreciones y estenosis uretrales), así como el estado del prepucio (fimosi);

10.2.3 Región suprapúbica, se evalúa en búsqueda de distensión vesical, y

10.2.4 Evaluación motora y sensitiva del periné y de las extremidades inferiores.

10.3 El APE de elección es el cuantitativo. De no contar con prueba cuantitativa, se puede realizar el estudio cualitativo o semicuantitativo (prueba rápida), y en caso de ser positivo se tiene que realizar el cuantitativo.

10.4 El EGO, es útil para descartar hematuria o infección del tracto urinario.

10.5 El médico tratante, debe hacer la correlación entre el CSP, los hallazgos clínicos y los exámenes de laboratorio para la evaluación y manejo del paciente de conformidad con el Apéndice B Normativo, de esta Norma.

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

10.6.1 El médico tratante en el primer nivel de atención debe centrarse en proporcionar un tratamiento conservador, el cual debe considerar como mínimo lo siguiente:

10.6.1.1 Consejería (acerca del padecimiento del paciente);

10.6.1.2 Reafirmar que el cáncer no es la causa de los síntomas;

10.6.1.3 Monitoreo continuo del paciente cada 3 a 6 meses dependiendo de los síntomas;

10.6.1.4 Recomendar cambios hacia un estilo de vida saludable;

10.6.1.5 Reducción de la ingesta de líquidos en determinados horarios, con la finalidad de disminuir la frecuencia de las micciones en periodos inconvenientes;

10.6.1.6 Evitar o moderar el consumo de caféina o alcohol, los cuales pueden tener un efecto diurético, irritante o de disminución del diámetro del cuello vesical y uretra prostática, con lo que se incrementaría la urgencia y frecuencia miccional, así como la nocturia;

10.6.1.7 Reentrenamiento vesical que permita al paciente resistir el deseo de orinar al presentarse la urgencia;

10.6.1.8 Revisar la medicación del paciente, ya que pudiera tener efecto en la micción, en particular diuréticos, antidepresivos, anticolinérgicos, entre otros, y

10.6.1.9 Si el tratamiento conservador disminuye la sintomatología y al aplicar nuevamente el CSP, se reduce la puntuación, se debe continuar con la vigilancia estrecha y citarlo para una nueva evaluación en un año, la cual debe incluir CSP, TR y APE.

10.6.2 Cuando el médico de primer nivel de atención, con el EGO y la química sanguínea (si fue

solicitada según cuadro clínico del paciente), confirma la presencia de comorbilidades (diabetes mellitus, infección de vías urinarias, entre otros) debe proporcionar el tratamiento o hacer la referencia oportuna del paciente al siguiente nivel de atención.

10.7 Los pacientes con STUI leves a moderados (de acuerdo al CSP), que no respondan al tratamiento inicial conservador, deben iniciar un tratamiento farmacológico prescrito por el médico tratante, de acuerdo con lo indicado en la Guía de Consulta del médico para la atención, de la Próstata, la cual se encuentra disponible para su consulta en la siguiente liga electrónica:

www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaProstata.pdf

10.8 El médico tratante, debe revalorar la respuesta a los 3 meses de tratamiento farmacológico con CSP, en los términos siguientes:

10.8.1 Si hay disminución de la puntuación del CSP, el médico debe revalorar al paciente cada 6 meses con dicho cuestionario y de manera anual con APE y TR;

10.8.2 En caso de no haber disminución o presentar incremento de la puntuación del CSP, el médico tratante debe referir al paciente a segundo nivel de atención;

10.8.3 Si el médico detecta en el paciente mediante el TR un crecimiento prostático sospechoso (induración, consistencia pétrea o nódulos), APE mayor o igual a 4 ng/ml, EGO con o sin alteraciones, se debe referir al segundo nivel de atención, y

10.8.4 Cuando el resultado del APE cualitativo o semicuantitativo (prueba rápida), reporte resultados anormales (mayor o igual 4 ng/ml) los profesionales de la salud deben solicitar APE cuantitativo, independientemente de la valoración de sintomatología prostática, ya sea leve, moderada o severa, el paciente debe ser referido al segundo nivel de atención para su valoración por el médico especialista.

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

11.1 El médico de primer contacto en coordinación con el médico especialista, tiene la responsabilidad del manejo integral del paciente, el cual debe ser

registrado adecuadamente en el expediente clínico correspondiente, conforme a lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias normativas y el Apéndice C Normativo, de esta Norma.

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

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

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

11.4 Si el paciente así lo requiere, la indicación de la biopsia prostática debe ser otorgada por el médico especialista y ésta realizada por el urólogo o el radiólogo.

11.4.1 Si el resultado histopatológico es compatible a CaP, el paciente debe ser referido al tercer nivel de atención para su evaluación y manejo.

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

11.5.1 El médico especialista debe informar al paciente, para que este último haga la elección entre un tratamiento conservador, terapia farmacológica o quirúrgica y que conozca los riesgos y beneficios de cada uno de éstos.

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

11.6 Tratamiento farmacológico y quirúrgico.

11.6.1 El espectro de medicamentos y terapias quirúrgicas que se pueden utilizar para CPB, en el segundo y tercer nivel de atención, es amplio y por consiguiente, deberán ser tomados en cuenta para el tratamiento del paciente.

11.7 Si el paciente no es candidato a cirugía o no acepta dicho procedimiento, el médico especialista debe continuar con la terapia conservadora o farmacológica, según sus características clínicas y podrá ser contrarreferido al médico de primer contacto para vigilancia estrecha y se establece cita abierta.

11.7.1 En caso de complicaciones médicas que no puedan ser atendidas en el establecimiento para la atención médica del primer nivel de atención, los pacientes deben ser referidos a otro con mayor capacidad resolutive.

12. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA)

12.1 Los principales instrumentos diagnósticos de CaP, son el TR realizado por el personal médico, la concentración sérica de APE realizado en el laboratorio de análisis clínicos y la biopsia de próstata realizada por el médico especialista (urólogo o radiólogo).

12.2 La mayor parte de los CaP, se localizan en la zona periférica de la próstata y pueden detectarse mediante TR, cuando el volumen es de unos 0.2 ml o mayor.

12.3 Un TR sospechoso es una indicación absoluta de biopsia de próstata, independientemente de la concentración del APE. Antes de proceder a una biopsia de próstata se debe considerar la expectativa de vida.

12.4 El médico, tiene que tomar en cuenta que el APE es sensible y poco específico.

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

12.6 El personal médico debe tener precaución en pacientes con consumo de inhibidores de 5 alfa reductasas para el manejo de CPB ya que disminuyen las concentraciones séricas de APE al 50% del valor real.

12.7 En pacientes con APE entre 4-10 ng/ml (zona gris) en quienes exista duda sobre la presencia de CaP se aplicará alguno de los análisis descritos en los puntos del 12.7.1 al 12.7.4, de esta Norma, por el médico especialista.

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

12.7.2 La VAPE, es el incremento anual absoluto del APE, siendo normal menor de 0.75 ng/ml/año o de 0.35 ng/ml/año con uso de inhibidores de 5 alfa reductasas.

12.7.3 El TD-APE mide el aumento exponencial del APE sérico a lo largo del tiempo.

12.7.4 El PCA3, es el marcador de ARNm no codificador específico de la próstata. Se mide en el sedimento de orina obtenido después de un masaje prostático por el personal médico. Dicho marcador ofrece mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico, de conformidad con el Apéndice H Informativo, de esta Norma.

12.8 El médico especialista (urólogo), debe indicar una biopsia de próstata, dependiendo de la concentración de APE cuantitativo, un TR sospechoso o ambos. Se debe considerar la expectativa de vida.

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

12.10 El diagnóstico definitivo, se basa en la presencia de células neoplásicas malignas en muestras de biopsia o piezas quirúrgicas de próstata por parte del médico patólogo.

12.11 El examen histopatológico, permite la gradación del tumor en función del grado de diferenciación celular (suma de Gleason). La puntuación es la suma del grado predominante y el segundo

grado predominante y ambos deberán indicarse por el médico patólogo.

12.12 El médico especialista (urólogo o radiólogo) debe realizar la BTR, guiada por ultrasonido bajo sedación, con valoración pre-quirúrgica o con la administración de anestesia local.

12.12.1 Se debe realizar la BTR con técnica de doble sextante, es decir, 6 cilindros de cada lóbulo prostático, para un total de 12 cilindros.

12.13 El médico especialista, debe tomar en cuenta la modalidad de biopsia de próstata, consistente en un acceso de forma guiada con ultrasonido pero con acceso perineal, que representa una alternativa en situaciones especiales como posterior a una amputación rectal.

12.14 Se debe valorar las indicaciones de las biopsias de repetición, que son: la elevación del APE o APE persistentemente elevado, TR sospechoso o un diagnóstico en ASAP. El momento óptimo para repetir la biopsia, dependerá del resultado histológico previo y de una alta sospecha persistente de CaP.

12.15 El médico debe valorar la biopsia por saturación, que se utiliza en pacientes con biopsia previa negativa y que persiste la alta sospecha de CaP. Esta técnica tiene una incidencia de detección del 30 al 43%.

12.16 Debe valorar las indicaciones de la biopsia de vesículas seminales, las cuales, no están bien definidas pues el resultado podría tener repercusiones en la toma de decisión para el tratamiento. Los niveles de APE mayores a 15-20 ng/ml tienen probabilidad de extensión tumoral a vesículas seminales del 20-25%. La biopsia de la zona de transición depara una tasa de detección muy baja, por lo que su uso debería quedar limitado a las biopsias de repetición.

12.17 Si se tiene sospecha clínica de CaP, a pesar de biopsias de próstata negativas, el médico especialista debe valorar el uso de RM de próstata para detectar áreas sospechosas de CaP, de ser así, el médico especialista debe realizar biopsia guiada por RM de la región afectada.

12.18 El médico especialista debe dar profilaxis antimicrobiana vía oral o intravenosa, conforme a la Guía de Consulta del Médico para la Atención de la Próstata, la cual se encuentra disponible para su consulta en la siguiente liga electrónica:

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaCPByCA_Prxstata.pdf

12.19 Se debe informar al paciente de las complicaciones que se pueden presentar por la realización de la biopsia. Entre las cuales figuran rectorragia, fiebre, retención urinaria, macrohematuria y hematospermia. Algunas complicaciones graves, se pueden presentar en 1% de los casos entre las cuales destaca la sepsis.

12.20 Estadificación.

12.20.1 La estadificación clínica del paciente la debe realizar el médico especialista a través del TR, niveles de APE y escala de Gleason. Para estadificar el CaP con metástasis o enfermedad avanzada, se deben evaluar: pruebas de función hepática, tele de tórax, tomografía o RM de abdomen, gamagrama óseo, tomografía de cráneo o PET/CT. Una vez establecida la extensión clínica del tumor, se clasifica de acuerdo al TNM para CaP de conformidad con el Apéndice I Informativo, de esta Norma.

13. TRATAMIENTO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (TUMOR MALIGNO DE PRÓSTATA)

13.1 El tratamiento conservador se puede llevar a cabo en pacientes con tumores de bajo grado (Gleason de 6 o menor), APE menor a 10 ng/ml y menos de 2 fragmentos positivos (cada uno con menos de 50% de invasión).

13.1.1 La vigilancia apropiada de este tratamiento está a cargo del médico especialista (urólogo), e incluye la determinación de APE y TR.

13.1.2 Cuando el paciente no se considere candidato por presentar comorbilidades, estado clínico o mayor de 75 años, a consideración del médico especialista (urólogo) se podrá o no repetir la biopsia.

13.1.3 El médico especialista (urólogo) debe tomar en cuenta los criterios de elegibilidad para la vigilancia activa del paciente, los cuales son:

13.1.3.1 Cáncer clínicamente confinado (cT1-cT2), de conformidad con el Apéndice I Informativo, de esta Norma.

13.1.3.2 Valor en la Escala de Gleason menor de 7.

13.1.3.3 APE cuantitativo menor 10-15 ng/ml.

13.1.3.4 Cáncer de bajo volumen, es decir menos de 2 cilindros positivos o menos del 50% de cáncer en cada biopsia.

13.1.3.5 El médico debe considerar la vigilancia activa en pacientes con CaP de bajo riesgo. En caso de riesgo intermedio, esta estrategia podrá ser usada según las características de cada paciente. No se recomienda su realización en pacientes con CaP de alto riesgo. En todos los casos, se debe informar al paciente de su situación diagnóstica y terapéutica.

13.1.3.6 La vigilancia expectante puede ser ofrecida a todos los pacientes que no deseen aceptar los efectos adversos del tratamiento activo, particularmente en pacientes con baja expectativa de vida y comorbilidades del paciente, que contraindiquen un tratamiento radical. El inicio de algún tratamiento paliativo debe de estar basado en los síntomas del paciente, de conformidad con el Apéndice D Normativo, de esta Norma.

13.2 El tratamiento radical, quirúrgico o radio-terapéutico, ofrece un beneficio al paciente con CaP con la potencial curación, en pacientes en quienes el cáncer está clínicamente confinado a la próstata. Se debe informar al paciente de las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas y la decisión final debe ser del paciente.

13.3 Prostatectomía radical.

13.3.1 cT1a y cT1b. El médico especialista debe valorar la realización de PR en pacientes con CaP clínicamente confinado a la próstata. La decisión de tratar los cánceres de próstata en estadio cT1a y cT1b se debe de tomar con base en la expectativa de vida (mayor a 10 años) comparado con los riesgos de cada terapia y el potencial beneficio de curación. Se debe de considerar tratar aquellos con tumores poco diferenciados.

13.3.2 cT2a. El médico especialista (urólogo) debe valorar la realización de PR de acuerdo a las condiciones del paciente.

13.3.3 En pacientes con cáncer cT2a con una esperanza de vida de 10 años, la PR es una de las alternativas de tratamiento, ya que, disminuye el riesgo de progresión de la enfermedad, de conformidad con el Apéndice J Informativo, de esta Norma. El tratamiento debe realizarse de acuerdo a la decisión del paciente.

13.3.4 En tumores de bajo riesgo la linfadenectomía pélvica extendida no es parte rutinaria de la PR, porque la probabilidad de metástasis linfática es baja.

13.3.5 La PR es el tratamiento recomendado para ser aplicado por el médico especialista (urólogo), en pacientes de Riesgo Intermedio, siempre que tengan una esperanza de vida mayor a 10 años.

13.3.6 La PR está indicada en pacientes de alto riesgo por el médico especialista (urólogo), cuando los tumores no estén fijos a la pared pélvica y no exista invasión al esfínter uretral (cT4).

13.3.7 La PR es un primer paso dentro de un abordaje multimodal que incluye radioterapia adyuvante con o sin hormonoterapia, a cargo del médico especialista.

13.3.8 El médico especialista debe realizar linfadenectomía extendida en todos los pacientes de alto riesgo.

13.3.9 Para la realización de la linfadenectomía pélvica el urólogo deberá valorar, dependiendo del grupo de riesgo del paciente con CaP.

13.4 Radioterapia

13.4.1 El médico especialista en Radioterapia junto con el urólogo del segundo y tercer nivel de atención, deben tomar en cuenta que la radioterapia externa, que es una de las opciones de tratamiento para el CaP clínicamente localizado, ya que, en comparación con la cirugía, ofrece resultados similares en términos de supervivencia global y libre de progresión en pacientes de riesgo bajo e intermedio.

13.4.2 El médico especialista del segundo y tercer nivel de atención debe valorar la indicación de braquiterapia que es otra modalidad de radiación, que se da con el uso de semillas radioactivas implantadas en forma permanente dentro de la próstata por vía perineal. Esta técnica requiere el uso de ultrasonido transrectal multiplanar con mapeo.

13.5 Tipos de Recurrencia:

13.5.1 El médico urólogo debe detectar la recurrencia de la enfermedad, de acuerdo a los criterios de recurrencia, así como las alternativas terapéuticas, de conformidad con el Apéndice K Informativo, de esta Norma.

13.5.2 El médico especialista del segundo y tercer nivel de atención, debe valorar la indicación de radioterapia externa, que se puede ofrecer a pacientes de bajo riesgo con comorbilidades que contraindiquen el procedimiento quirúrgico (coagulopatía o cardiopatías) o que no acepten la cirugía.

También está indicada, como terapia adyuvante, en aquellos pacientes tratados con PR en quienes se detecten factores adversos en la pieza quirúrgica (márgenes positivos y/o estadio patológico cT3a o mayor).

13.6 Tratamiento del CaP hormono sensible.

13.6.1 Hormonoterapia.

13.6.1.1 El CaP avanzado (metastásico), corresponde a la Etapa IV, del Sistema Internacional TNM, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma y se divide en:

13.6.1.1.1 CaP hormonosensible, y

13.6.1.1.2 CaP Refractario a castración.

13.6.1.2 El médico especialista en Oncología junto con el urólogo del segundo y tercer nivel de atención, debe ofrecer hormonoterapia o TPA, la cual puede lograrse mediante la castración quirúrgica OSB, con el uso de agonistas o antagonistas de LHRH (GnRH), las cuales tienen la misma eficacia. Los pacientes con metástasis, que se encuentran en riesgo de desarrollar sintomatología asociada con la liberación de testosterona con el uso de análogos de LHRH, el médico especialista debe administrar antiandrógeno en los 7 días previos a la administración del agonista de LHRH, así como:

13.6.1.2.1 Debe valorar el uso de antagonistas de LHRH, que se caracterizan por ocasionar una inhibición rápida de la liberación de andrógenos. Debido a ello, no existe la necesidad de administrar un antiandrógeno.

13.6.1.2.2 Debe valorar el bloqueo androgénico, que puede ser en monoterapia (con análogos LHRH o antagonistas GnRH) o combinado (con antiandrógeno), administrándose en forma continua o intermitente.

13.6.1.3 El médico especialista debe valorar la ministración de fármacos dirigidos a mejorar la salud ósea durante el tratamiento hormonal del CaP.

13.6.1.3.1 Debe tomar en cuenta que el bloqueo hormonal incrementa el riesgo de fracturas óseas no ocasionadas por metástasis, debido a un incremento en la reabsorción ósea y a disminución en la densidad mineral ósea. Existen 2 grupos farmacológicos en los que se ha demostrado en ensayos clínicos controlados la prevención de complicaciones óseas, es decir bisfosfonatos y anticuerpos monoclonales.

13.7 Tratamiento del CaP resistente a la castración.

13.7.1 El médico especialista del segundo y tercer nivel de atención debe tomar en cuenta los siguientes criterios que definen resistencia a la castración:

13.7.1.1 Concentración sérica de testosterona de castración (testosterona menor a 50 ng/dl o menor a 1,7 nmol/l);

13.7.1.2 3 aumentos consecutivos de APE, con una semana de diferencia, que dan lugar a 2 incrementos del 50% con respecto al nadir, con APE mayor a 2 ng/ml;

13.7.1.3 Suspensión de antiandrógenos durante al menos 4 semanas, y

13.7.1.4 Progresión del APE, a pesar de manipulaciones hormonales consecutivas.

13.7.2 El urólogo y/o oncólogo deben valorar los tratamientos en pacientes con CaP con resistencia a la castración, tomando en cuenta:

13.7.2.1 Reajuste de manipulación hormonal;

13.7.2.2 Inhibidores selectivos de la enzima 17 alfa-hidroxilasa C17, 20 liasa;

13.7.2.3 Bloqueadores de unión al receptor androgénico/con acción nuclear;

13.7.2.4 Citotóxicos asociados a esteroides;

13.7.2.5 Taxanos;

13.7.2.6 Inmunoterapia;

13.7.2.7 Vacunas recombinantes;

13.7.2.8 Radionúclidos;

13.7.2.9 Alfa emisores, y

13.7.2.10 Beta emisores.

14. MONITOREO Y EVALUACIÓN

14.1 Todos los aspectos de prevención, promoción de la salud, detección, diagnóstico, tratamiento y control de CPB y CaP, deben ser monitoreados y evaluados por los establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud de acuerdo con las etapas en las que participe.

14.2 La evaluación incluye: supervisiones internas y seguimiento de indicadores establecidos por cada institución.

15. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

15.1 La CPB y el CaP, son parte de las enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica que registra el SINAVE, de conformidad con lo dispuesto en la

Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.3, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.

15.2 Las acciones de vigilancia epidemiológica se deben realizar de conformidad con lo dispuesto en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.3, del Capítulo de Referencias normativas, de esta Norma.

16. CONCORDANCIA CON NORMAS INTERNACIONALES Y MEXICANAS

Esta Norma no es equivalente con ninguna norma internacional ni mexicana, por no existir referencia al momento de su elaboración.

17. BIBLIOGRAFÍA

- 17.1** Adolfsson J. Watchful waiting and active surveillance: the current position. *BJU Int* 2008 Jul; 102(1):10-4.
- 17.2** Albertsen PC, Moore DF, Shih W, et al. Impact of comorbidity on survival among men with localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2011 Apr; 29(10):1335-41.
- 17.3** Attard G, Cooper CS, de Bono JS. Steroid hormone receptors in prostate cancer: a hard habit to break? *Cancer Cell* 2009 Dec 8; 16(6):458-62.
- 17.4** Auffenberg G., Gonzalez C., Stuart J., Quentin J., Meeks W. and McVary K. An Observational Analysis of Provider Adherence to AUA Guidelines on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia *J Urol* 2014 Vol. 192, 1483-1488.
- 17.5** Bartsch G, Horninger W, Klocker H, et al. Tyrol Prostate Cancer Screening Group. Prostate cancer mortality after introduction of prostate specific antigen mass screening in the Federal State of Tyrol, Austria. *Urology* 2001, Sep; 58(3):417-24.
- 17.6** Bechis S., Otsetov A., Ge R., Olumi A. Personalized Medicine for the Management of Benign. Prostatic Hyperplasia *J Urol*, 2014.
- 17.7** Bianco FJ Jr, Scardino PT, Eastham JA. Radical prostatectomy: long-term cancer control and recovery of sexual and urinary function ("trifecta"). *Urology* 2005 Nov; 66(5 Suppl):83-94.
- 17.8** Brenes F.J., Pérez N., Pimienta M. y Dios J.M. Recomendaciones de buena práctica clínica Hiperplasia benigna de próstata. *Abordaje SEMERGEN* 2007; 23(10): 529-539.
- 17.9** Briganti A, Larcher A, Abdollah F, et al. Updated Nomogram Predicting Lymph Node Invasion in Patients with Prostate Cancer Undergoing Extended Pelvic Lymph Node Dissection: The Essential Importance of Percentage of Positive Cores. *Eur Urol* 2012, Mar; 61(3):480-7.
- 17.10** Cartagena J., García F., Guzmán M., Quinteros M., Guzmán J. Criterios en el diagnóstico de hiperplasia prostática benigna en pacientes que acudieron al Hospital Univalle, *Rev Inv Salud* 2008; 3(7): 29-33.

- 17.11 Chi KN, Bjartell A, Dearnaley D, et al. Castration-resistant prostate cancer: from new pathophysiology to new treatment targets. *Eur Urol* 2009, Oct; 56(4):594-605.
- 17.12 Chistopher S., Joyce G. Economic costs of benign prostatic hyperplasia in the private sector. *J Urol* 2005, Vol. 173, 1309-1313.
- 17.13 Cookson, M. et al. Castration-resistant prostate cancer: AUA guideline. American Urological Association Education and Research, Inc. Abril 2014.
- 17.14 D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz SB, et al. Combination of preoperative PSA level, biopsy gleason score, percentage of positive biopsies and MRI T-stage to predict early PSA failure in men with clinically localized prostate cancer. *Urology* 2000 Apr; 55(4):572-7.
- 17.15 Dehesa M., Ureta S. Uroflujometría y orina residual en la evaluación de la hiperplasia prostática benigna. *Bol. Coleg Urol* 2003; 18(2): 53-60.
- 17.16 Droz JP, Balducci L, Bolla M, et al. Background for the proposal of SIOG guidelines for the management of prostate cancer in senior adults. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010 Jan; 73(1):68.
- 17.17 Epstein JI. Gleason score 2-4 adenocarcinoma of the prostate on needle biopsy: a diagnosis that should not be made. *Am J Surg Pathol* 2000 Apr; 24(4):477-8.
- 17.18 Gacci M., y cols. A Systematic Review and Meta-analysis on the Use of Phosphodiesterase 5 Inhibitors Alone or in Combination with α -Blockers for Lower Urinary Tract Symptoms Due to Benign. Prostatic Hyperplasia, *Eur Urol* 2012, 61, 994-1003.
- 17.19 Gosselaar C, Roobol MJ, Roemeling S, et al. The role of the digital rectal examination in subsequent screening visits in the European randomized study of screening for prostate cancer (ERSPC), Rotterdam. *Eur Urol* 2008 Sep; 54(3):581-8.
- 17.20 Mottet M, et al. EAU - ESTRO - SIOG Guidelines on Prostate Cancer. 2016
- 17.21 Parket, C, et al. Prostate cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann of Oncol* 26, supplement 6. Jun 2015.
- 17.22 Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1. Art. No.: CD004720. DOI: 10.1002/14651858.CD004720.pub3
- 17.23 Diagnóstico y tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. Evidencias y recomendaciones, México, Secretaría de Salud. 2009.
- 17.24 Diagnóstico y tratamiento del Cáncer de Próstata en un Segundo y tercer Nivel de Atención. México. Secretaría de Salud. 2009.
- 17.25 Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Citado junio disponible en: ensanut.insp.mx/
- 17.26 Kellogg J., Schenk J., Arnold K., Messer K., Till C., Thompson I., Kristal A. et al. For the Prostate Cancer Prevention Trial and the Urologic Diseases in America Project Finasteride Reduces the Risk of Incident Clinical Benign Prostatic Hyperplasia. *Eur Urol* 2012, 62, 234-241.
- 17.27 Kellogg J., Sarma A., McVary K. and Weiß J. Obesity and Benign Prostatic Hyperplasia: Clinical Connections, Emerging Etiological Paradigms and Future Directions *J Urol* 2013; 189: S102-S106. On line 2014, citado junio disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2012.11.029>.
- 17.28 Lahlaidi K., Ariane M., Fontaine E. Actualités sur la prise en charge de l'hyperplasie bénigne de la prostate. Quel adénome traiter et comment? Up-to-date on the treatment of benign prostatic hyperplasia. Which adenoma to treat and how to do it? *La Revue de médecine interne* 35 (2014) 189-195.
- 17.29 Makarov DV, Trock BJ, Humphreys EB, et al. Updated nomogram to predict pathologic stage of prostate cancer given prostate-specific antigen level, clinical stage, and biopsy Gleason score (Partin tables) based on cases from 2000 to 2005. *Urology* 2007 Jun; 69(6):1095-101.
- 17.30 National Comprehensive Cancer Network. Prostate Cancer Clinical Practice Guidelines in Oncology. Version 2. 2014.
- 17.31 Oelke M., Adler E., Marschall D., Herrmann T., Berges R. Nocturia: state of the art and critical analysis of current assessment and treatment strategies *World J Urol* 2014 32:1109-1117.
- 17.32 Oelke M., Bachmann A., Descaseaud A., Emberton M., Gravas S., Michel M.C., Nordling J., Rosette J. Guidelines on the Management of Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign prostatic Obstruction (BPO) European Association of Urology February 2012.
- 17.33 European Urology Oelke M., y cols. EAU Guidelines on the Treatment and Follow-up of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms Including Benign Prostatic Obstruction 2013, 64 118-140.
- 17.34 Oliver SE, May MT, Gunnell D. International trends in prostate-cancer mortality in the PSA-ERA. *Int J Cancer* 2001 Jun; 92(6):893-8.
- 17.35 Okotie OT, Roehl KA, Han M, et al Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination only. *Urology* 2007 Dec; 70(6):1117-20.
- 17.36 Rittmaster R. 5 α -reductase inhibitors in benign prostatic hyperplasia and prostate cancer risk reduction Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2008, Vol. 22, No. 2, pp. 389-402.
- 17.37 Roach M 3rd, Hanks G, Thames H Jr, et al. Defining biochemical failure following radiotherapy with or without hormonal therapy in men with clinically localized prostate cancer: recommendations of the RTOG-ASTRO Phoenix Consensus Conference. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006; 65:965-74.
- 17.38 Sánchez L., Polo-de M.; Gómez F., Luengo-Mateos S. Efficacy and Safety of the Urolift System for the Treatment of Benign Prostate Hyperplasia Symptoms: Systematic Review *Actas urológicas españolas* available online 24 September 2014.
- 17.39 Schröder FH. Progress in understanding androgen-independent prostate cancer (AIPC): a review of potential endocrine-mediated mechanisms. *Eur Urol* 2008 Jun; 53(6):1129-37. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1826272>
- 17.40 Secretaría de Salud. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento. Citado en junio disponible en: <http://>

www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/envejecimiento/EncuestaSABE.html

- 17.41** Seguro Social Costa Rica. Hiperplasia prostática benigna, Dirección de Medicamentos y Terapéutica, Departamento de Farmacoepidemiología, (criterios técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica. 2005.

18. OBSERVANCIA DE LA NORMA

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

19. VIGENCIA

Esta Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Ciudad de México, a 27 de octubre de 2017.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales**.- Rúbrica.

20. APÉNDICES

Dirigirse a enlace web de la norma en el Diario Oficial de la Federación: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5507972&fecha=15/12/2017

www.medigraphic.org.mx

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

*Comments to Mexican Official Standard NOM-048-SSA2-2017,
For the prevention, detection, diagnosis, treatment, epidemiological surveillance
and health promotion on the benign prostatic growth (hyperplasia of the prostate)
and cancer of the prostate (malignant tumor of the prostate)*

Carlos Llopis-Aragón*

RESUMEN

En el presente artículo se resalta la importancia del Estado Mexicano para implementar políticas públicas encaminadas a la protección del derecho a la salud, con reconocimiento en el ámbito internacional, además de realizar un análisis sobre la emisión de normas que otorguen mayor seguridad al médico y al paciente en la prestación de los servicios de salud. Finalmente, se explican las ventajas y principales retos de la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017.

Palabras clave: Organización Mundial de la Salud, Norma Oficial Mexicana, crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata), cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).

ABSTRACT

This article highlights the importance of the Mexican State to implement public policies aimed at protecting the right to health, which is recognized internationally. In addition to carrying out an analysis on the issuance of norms that grant greater security to the doctor and the patient in the provision of health services. Finally, the advantages and main challenges of the Mexican Official Standard NOM-048-SSA2-2017.

Key words: World Health Organization, Mexican Official Standard, benign prostatic growth (hyperplasia of the prostate), prostate cancer (malignant tumor of the prostate).

* Director de Asuntos Jurídicos, Subcomisión Jurídica, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Ciudad de México, México.

Correspondencia:
CLA,
cllopis@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:
El autor declara que no tiene.

Citar como: Llopis-Aragón C. Comentarios a la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Rev CONAMED 2018; 23(3): 126-131.

Recibido: 24/08/2018.
Aceptado: 13/09/2018.

La Organización Mundial de la Salud, en su carácter de autoridad directiva y coordinadora de las acciones sanitarias en el sistema de la Organización de las Naciones Unidas, ha establecido que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr implica el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria, y que son los Estados los encargados de crear las condiciones para ello.¹

La citada Organización considera que el derecho a la salud es un derecho humano, por lo que los Estados deberán enfocar políticas, estrategias y programas para mejorarlo progresivamente.

En sinergia con lo anterior, el Estado Mexicano ha ratificado diversos instrumentos internacionales en los que se reconoce a la salud como un derecho humano, los cuales son, a partir de la reforma constitucional de 10 de junio de 2011, una referencia indispensable en la impartición de justicia en el país y, en general, para todas las autoridades, al obligarlas, en el ámbito de sus respectivas competencias, a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, en términos del párrafo tercero, del artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.²

Entre los instrumentos y documentos de fuente internacional más destacados en la materia del derecho a la salud, se encuentran: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12),³ Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales «Protocolo de San Salvador» (artículo 10),⁴ la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 25)⁵ y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo XI).⁶

El derecho a la protección de la salud en nuestro sistema jurídico se encuentra previsto en el artículo 4º, párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.⁷ La Ley General de Salud es la norma que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud.

En diversos preceptos jurídicos de la citada Ley General de Salud, se advierte que los prestadores de servicios de salud, que comprenden las dependencias

y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, tienen la obligación de cumplir con la protección de ese derecho humano procurando la mejora en la calidad de los mismos.⁸

Parte de las finalidades del derecho mencionado es la de contribuir al bienestar físico y mental de las personas, para el ejercicio pleno de sus capacidades, así como de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población,⁸ atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios, con especial interés en la promoción, implementación e impulso de acciones de atención integrada de carácter preventivo, acorde con la edad, sexo y factores de riesgo de las personas.⁸

Una herramienta que contribuye al cumplimiento de las citadas finalidades son las Normas Oficiales Mexicanas, porque sus disposiciones son de observancia obligatoria en toda la República y su emisión y vigilancia corresponden al Ejecutivo Federal, por conducto de las dependencias de la administración pública federal que tengan competencia en las materias reguladas en cada una de ellas.⁹ En este tipo de normas se establecen las reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a, entre otros, un proceso, sistema, actividad, servicio o método de operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación.¹⁰

La Secretaría de Salud ha emitido a la fecha 146 Normas Oficiales Mexicanas, a través de los comités consultivos siguientes: SSA1 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, SSA2 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y SSA3 Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud.

Contrario a lo anterior, se encuentra el temor del gremio médico de que este tipo de documentos regule su actuación, en perjuicio del ejercicio de su libertad prescriptiva, lo cual considero incorrecto, en virtud de las razones siguientes:

En primer lugar, la práctica médica no se encuentra en la indefinición pues ésta descansa en la *lex artis* médica y *lex artis* médica *ad hoc*. De acuerdo con el Artículo 2, fracción XIV del Reglamento de

Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se señala que los principios científicos de la práctica médica son «*El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo.*»¹¹

Además se encuentran las guías de práctica clínica como un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y efectividad de la atención médica, de las cuales la Secretaría de Salud ha emitido 810, integradas en un Catálogo Maestro, que han sido elaboradas por los Grupos de Desarrollo de acuerdo a la metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud en México. (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF, PEMEX).

En segundo lugar, porque la libertad prescriptiva de los médicos ha sido definida por la Suprema Corte de Justicia de la Nación como los principios, científicos y éticos, que tienen como finalidad orientar la práctica de la profesión médica, otorgando a los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud discrecionalidad en su actuar, siempre y cuando este actuar sea en beneficio del paciente y tomando en consideración las circunstancias especiales de cada caso.¹²

Si bien es cierto que el progreso científico en el campo de la medicina, en gran parte, se debe a la libertad prescriptiva o terapéutica del médico y cualquier restricción a la misma que no se encuentre justificada lesiona el derecho a la libertad de trabajo de los médicos, que día con día deben tomar decisiones con base en su criterio médico, de igual forma el ejercicio de dicha libertad no debe equipararse con la arbitrariedad, por lo que el actuar del personal médico debe fundamentarse en el estado actual de la ciencia médica y encaminarse en todo momento a la búsqueda de la recuperación del paciente.

En tercer lugar, porque el hecho de que se establezcan en algunas normas los parámetros de la medicina tiene una doble finalidad: por un lado, es

una forma de cumplimiento por parte de los médicos sobre los diagnósticos, tratamientos y procedimientos que deben observar en la atención de un padecimiento, y, por el otro, tales normas aportan conocimientos al paciente sobre las implicaciones, efectos o consecuencias que pudieran traer a su salud, integridad física o incluso la vida, los tratamientos médicos a los que pueda ser sometido en la búsqueda de su recuperación, permitiéndole el ejercicio informado de su libertad de conciencia.

Bajo ese contexto, el 15 de diciembre de 2017 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, la NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017,¹³ Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata), la cual cumple con los objetivos antes descritos, pues se trata de una regulación técnica expedida por la Secretaría de Salud, por tener competencia en la materia regulada, motivo por el que le corresponde su vigilancia, y porque los sujetos obligados son los prestadores de servicios médicos que integran el Sistema Nacional de Salud.

Dicha norma es una disposición que goza de las características de generalidad, abstracción y obligatoriedad, que conforme a las finalidades establecidas en el artículo 40, de Ley Federal sobre Metrología y Normalización,¹⁴ establece reglas, especificaciones, criterios, características y procedimientos para la promoción, prevención, detección, tratamiento de la hiperplasia de la próstata y el tumor maligno de la próstata.

Hasta antes de la publicación de la norma, en el marco jurídico mexicano no se contaba con algún antecedente que regulara la atención médica del crecimiento prostático benigno y el cáncer de próstata que se presentan en la población masculina mayor de 45 y 65 años, respectivamente.

Si bien es cierto que los facultativos realizaban el acto médico con apoyo en las Guías de Práctica Clínica, Para la Prevención y Detección Temprana del Cáncer de Próstata en el Primer Nivel de Atención y de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Próstata en el 2o y 3er niveles de Atención, así como con base en los principios científicos de la práctica médica (*lex artis*), dichos criterios formalmente no

constituyen normas obligatorias en su cumplimiento, aunque el contenido de ambas era de referencia indispensable, por contener los procedimientos que deben emplearse en los citados padecimientos.¹⁵

Desde la integración del anteproyecto y la publicación del proyecto el tres de agosto de 2016, en el Diario Oficial de la Federación, los integrantes del Sistema Nacional de Salud, las sociedades y academias médicas, así como la sociedad civil recibieron la norma de manera positiva, en virtud de que se establece una homologación en la atención médica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata).

El proyecto recibió 95 comentarios, aceptándose sólo 65, de los cuales 60 sugirieron cambios en la redacción o que se precisaran algunas definiciones, y sólo en cinco se consideraron cambios importantes al proyecto para especificar los profesionales de salud que deberán llevar a cabo las acciones preventivas y definir el objeto de la promoción de la salud en términos de lo dispuesto en los artículos 79 y 110, de la Ley General de Salud; también se acordó establecer como derecho subjetivo del paciente la elección de un tratamiento conservador, terapia farmacológica o quirúrgica, asimismo privilegiar la libertad de prescripción del médico y los principios científicos de la práctica médica (*lex artis* médica) y eliminar cualquier categoría sospechosa de discriminación por edad en el texto de la norma para respetar los derechos humanos reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en los tratados internacionales en los que el Estado Mexicano es parte.

En los numerales 5, 6 y 7, de la NOM-048-SSA2-2017,¹³ se establece la obligación al personal de salud en el primer nivel de atención de los establecimientos para la atención médica en el Sistema Nacional de Salud, de llevar a cabo actividades de prevención primaria y secundaria, promoción y consejos a la población y los pacientes, basando la atención en el respeto de los derechos humanos y como una herramienta más en favor de la lucha contra el cáncer de próstata.

La tarea más importante para el personal de salud en el primer nivel de atención es lograr sensibilizar a la población masculina a realizarse

pruebas de detección temprana, lo cual traerá como beneficio el bajar los costos directos e indirectos de los prestadores de servicios de salud públicos que integran el Sistema Nacional de Salud.

De acuerdo con la Manifestación de Impacto Regulatorio del anteproyecto de la norma,¹⁶ el costo de una detección oportuna es de \$709.82 (setecientos nueve pesos 82/100 Moneda Nacional). Cuando el paciente es detectado con Hiperplasia Prostática Benigna con complicaciones y/o comorbilidades mayores, el costo anual promedio de atención es de \$88,170.04 (ochenta y ocho mil ciento setenta pesos 04/100 Moneda Nacional).

Si el paciente es diagnosticado con cáncer de próstata con complicaciones y/o comorbilidades mayores y necesita procedimiento quirúrgico, el costo anual promedio es de \$376,613.21 (trescientos setenta y seis mil seiscientos trece pesos 21/100 Moneda Nacional).

Tratándose de pacientes diagnosticados con Hiperplasia Prostática Benigna sin complicaciones y/o comorbilidades mayores, vigilancia activa, el costo promedio es de \$3,141.00 (tres mil ciento cuarenta y un pesos 00/100 Moneda Nacional).

Por lo que respecta a pacientes que padecen Hiperplasia Prostática Benigna con complicaciones y/o comorbilidades mayores, el costo asciende a \$8,486.00 (ocho mil cuatrocientos ochenta y seis pesos 00/100 Moneda Nacional).

En cuanto a pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna con resección transuretral de próstata, el costo es de \$74,262.00 (setenta y cuatro mil doscientos sesenta y dos pesos 00/100 Moneda Nacional). Mientras que el costo de la atención de pacientes con Hiperplasia Prostática Benigna con otra prostactomía asciende a \$88,770.00 (ochenta y ocho mil setecientos setenta pesos 00/100 Moneda Nacional) y por cáncer de próstata sin procedimiento quirúrgico con otro tipo de tratamiento, su costo es de \$227,333.06 (doscientos veintisiete mil trescientos treinta y tres pesos 06/100 Moneda Nacional) y con cirugía el costo asciende a \$376,613.21 (trescientos setenta y seis mil seiscientos trece pesos 21/100 Moneda Nacional).

En este sentido, la norma de nuestro estudio ayudará a detectar en sus etapas tempranas dichos padecimientos tomando como grupo etario a los

pacientes masculinos de 45 años de edad y desde los 40, si existe algún antecedente familiar, como lo establece el Apéndice A Normativo.

Otro aspecto a combatir es la carencia de una cultura de cuidado de la salud y los estereotipos de género; dado que por prejuicios los hombres no se realizan el examen de exploración clínica que consiste en evaluar de manera digital el tono del esfínter anal, así como la consistencia de la próstata, estimación del volumen, la superficie, bordes, dolor y temperatura de la próstata, a través del tacto rectal.

Desafortunadamente, la norma en cuestión contempla de manera limitada el modelo intercultural de atención de la hiperplasia de la próstata y el tumor maligno de la próstata para pacientes provenientes de pueblos indígenas, ya que no establece la obligación de traducir los cuestionarios y brindar la atención en dichos paciente en su lengua materna.

Aunque se debe destacar que la NOM-048-SSA2-2017,¹³ por un lado, privilegia la libertad prescriptiva de los profesionales de la salud, la cual debe ejercerse en aras de obtener el beneficio del paciente, tomando en consideración las circunstancias de cada caso concreto y, por el otro lado, garantiza la autonomía del paciente para que haga la elección entre un tratamiento conservador, terapia farmacológica o quirúrgica y que conozca los riesgos y beneficios de cada uno de éstos.

Los retos que se advierten para el ejercicio adecuado de las disposiciones de la citada norma, es la coordinación, comunicación y trabajo en equipo que deben tener los tres niveles de atención que conforman la estructura organizacional del Sistema Nacional de Salud, pues en algunos convergen todos; así como la de brindar una mayor promoción de sensibilización a los pacientes de género masculino que los exhorte a practicarse las pruebas respectivas; es también de gran importancia la continuidad de las acciones en las políticas públicas que se han venido instrumentando en el país, como en el caso de los programas de vacunación universal, la planificación familiar y los cánceres de mama y cervicouterino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 14 del artículo 12, del Pacto

- Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view>
2. Cámara de Diputados del H. Congreso. Artículo 1, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 05-02-1917. Texto vigente. Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 15-09-2017; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
3. Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 16-12-1966. [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
4. Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" [Última consulta el 23 de agosto de 2018], Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
5. Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos, [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
6. La IX Conferencia Internacional Americana, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana Bogotá, Colombia, 1948 [Última consulta el 23 de agosto de 2018], Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>
7. Cámara de Diputados del H. Congreso. Artículo 4, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. DOF 05-02-1917. Texto vigente. Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 15-09-2017; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf
8. Cámara de Diputados del H. Congreso. Ley General de Salud, DOF 07-02-1984, Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 12-07-2018; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_120718.pdf
9. Cámara de Diputados del H. Congreso. Artículos 1, y 38, fracción II, de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, DOF 01-07-1992, Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 15-06-2018; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_150618.pdf
10. Cámara de Diputados del H. Congreso. Artículo 3, fracción IX, de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, DOF 01-07-1992, Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 15-06-2018; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_150618.pdf

11. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, DOF 21-01-2003, Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación, 25-07-2006; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.comeri.salud.gob.mx/descargas/Vigente/2006/Reglamento_quejas_y_gestion_pericial_CONAMED-2006.pdf
12. Tesis aislada: 1a. XXII/2013 (10a.), emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, consultable en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, Décima Época, Página: 637, Rubro: Libertad Prescriptiva del Médico. Parte Integradora del Derecho al Trabajo de los Médicos.
13. NORMA Oficial Mexicana NOM-048-SSA2-2017, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud sobre el crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata). Rev CONAMED 2018; 23(3): 110-125.
14. Cámara de Diputados del H. Congreso. Artículo 40, de la Ley Federal Sobre Metrología y Normalización, DOF 01-07-1992, Últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación, 15-06-2018; [Última consulta el 23 de agosto de 2018] Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130_150618.pdf
15. Tesis: 1a. XXVI/2013 (10a.), emitida por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación visible en el Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta, Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1, Décima Época, Página: 636, del rubro siguiente: Guías o Protocolos Médicos Expedidos por la Secretaría de Salud o por la Autoridad Competente en la Materia. Su Función Para Efectos de Determinar una Posible Mala Práctica Médica.
16. Comisión Federal de Mejora Regulatoria, expediente número 02/0052/031116, Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-048-SSA2-2016, Para la detección, diagnóstico, tratamiento y vigilancia epidemiológica del crecimiento prostático benigno (hiperplasia de la próstata) y cáncer de próstata (tumor maligno de la próstata) Disponible en: <http://www.cofemersimir.gob.mx/portales/resumen/39918>

Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento

*Common pediatric urologic conditions:
presentation, work up, diagnosis, and treatment*

Anselmo Domínguez-Chicas*

RESUMEN

En este artículo se revisan brevemente las enfermedades quirúrgicas de urología pediátrica que con mayor frecuencia se observan en primero y segundo nivel de atención, las cuales requieren una detección y referencia oportunas para recibir el tratamiento y evitar consecuencias negativas de tipo funcional o psicosocial.

Palabras clave: Fimosis, circuncisión, criptorquidia, hidrocele, hernia inguinal, hipospadias, reflujo vesicoureteral, pene oculto, pene enterrado.

ABSTRACT

Briefly, we review common pediatric urologic conditions that attend to the pediatric and primary care settings, which require on time diagnosis and referral to avoid negative functional or psychosocial consequences.

Key words: Phimosis, circumcision, cryptorchidism, hydrocele, inguinal hernia, hypospadias, vesicoureteral reflux, concealed penis, buried penis.

* Jefe de Cirugía y Urología Pediátricas, Hospital Infantil de Especialidades, Ciudad Juárez.

Correspondencia:
ADC, dominguezchicas@gmail.com

Conflicto de intereses:
El autor declara que no tiene.

Citar como: Domínguez-Chicas A. Principales enfermedades en urología pediátrica: manifestaciones clínicas, abordaje, diagnóstico y tratamiento. Rev CONAMED 2018; 23(3): 132-140.

Recibido: 15/08/2018.
Aceptado: 22/08/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

La urología pediátrica cubre un amplio grupo de enfermedades quirúrgicas que por su complejidad o gravedad son transferidas expeditamente al subespecialista para su atención. Sin embargo, el urólogo pediatra generalmente no es el médico de primer contacto en las enfermedades que se presentan en este artículo, por lo que su detección y referencia oportuna dependen enteramente de la óptima formación clínica del médico general y del pediatra general.

El material fotográfico que se presenta en este artículo, forma parte del acervo fotográfico de la práctica clínica y profesional del Dr. Anselmo Domínguez Chicas. Todo el material fotográfico fue obtenido previo consentimiento informado y autorización por los padres o tutores de los pacientes.



Figura 1. Fimosis fisiológica.

FIMOSIS

La fimosis es la imposibilidad de retraer el prepucio para exponer el glande en forma íntegra. El prepucio normal requiere no ser manipulado (evitar ejercicios de retracción forzada) para permitir que ocurra el proceso natural de retracción. La fimosis fisiológica se refiere al periodo en que el prepucio está en proceso de maduración en los primeros tres años de vida. Si no es posible retraer el prepucio en su totalidad después de los tres años amerita tratamiento (*Figura 1*).¹⁻³

Inicialmente, se aplica esteroide tópico en el sitio específico de fimosis, que se identifica al retraer el prepucio y detectar el anillo cutáneo fimótico, se utiliza mometasona o betametasona dos veces al día por uno o dos meses. Si este tratamiento no es efectivo, se opta por cirugía: plastia de prepucio versus circuncisión. La plastia de prepucio consiste en realizar de uno a dos cortes longitudinales al anillo fimótico y después cerrar las heridas en el sentido contrario con el fin de conservar el prepucio. La circuncisión consiste en reseca la totalidad del prepucio, dejando expuesto el glande en forma permanente. La circuncisión también se requiere en caso de plastia de prepucio fallida, en balanitis o balanopostitis (infección del prepucio y/o del glande), ya que son infecciones que presentan recaídas frecuentes en pacientes con malformaciones de vías urinarias de tipo obstructivo, para disminuir riesgo de infección urinaria (*Figura 2*).^{1,2,4}

La circuncisión neonatal continúa realizándose principalmente con base en criterios religiosos, culturales o sociales, aunque recientemente la Academia Americana de Pediatría señala que los beneficios de la circuncisión sobrepasan los riesgos; los beneficios argumentados son

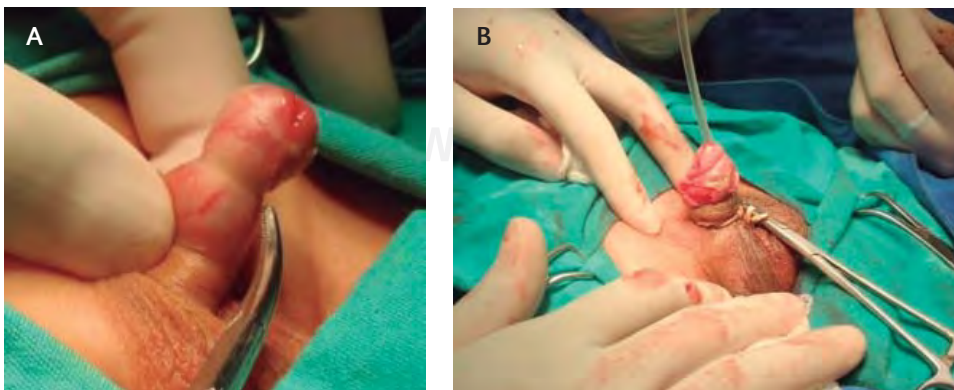


Figura 2.

A) Anillo fimótico. B) Cortes de plastia de prepucio.

disminución en la transmisión de VIH, VPH (no otras enfermedades de transmisión sexual),^{1,2} del cáncer de pene, así como del riesgo de infección de vías urinarias durante el primer año de vida.⁴

Las contraindicaciones de circuncisión son coexistencia de hipospadias (uso de colgajos de prepucio para corrección de hipospadias), pene oculto, desórdenes de la diferenciación sexual.⁴

Las complicaciones de la circuncisión son hemorragia, pene atrapado, infección de la herida. La estenosis del meato uretral es una complicación tardía, la cual puede condicionar disfunción de vaciamiento vesical, por lo que debe revisarse el aspecto del meato uretral y el aspecto del chorro urinario a los tres y seis meses del postoperatorio. Otras complicaciones tardías son los puentes cutáneos, quistes de inclusión, circuncisión incompleta (*Figura 3*).^{2,4}

CRIPTORQUIDIA

La criptorquidia o el testículo no descendido tiene una incidencia de 3-5% en varones recién nacidos y hasta de 30% en prematuros.⁵ El descenso testicular puede continuar hasta los seis meses de edad en los recién nacidos a término y hasta el año de edad en prematuros; después de esta edad es raro el descenso espontáneo, por lo que se recomienda el tratamiento quirúrgico. Las razones para corregir la criptorquidia son disminución en la fertilidad y de la función hormonal, incremento del riesgo de malignidad o de torsión testicular. La fertilidad en los hombres con antecedente de criptorquidia bilateral es de 62% y

la de la unilateral es de 90% (esta última similar a la de la población masculina general).^{4,5}

En el interrogatorio familiar se insiste en si los padres han visto los testículos en posición intraescrotal alguna vez, si el paciente es prematuro o ha tenido cirugía inguinal previa (por la posibilidad de criptorquidia adquirida).^{4,6}

La exploración física es en posición decúbito dorsal o sentado con piernas cruzadas, deslizando la mano con presión desde la espina iliaca anterosuperior hacia el canal inguinal y al hemiescrotal. Una vez identificado el testículo, se realiza tracción suave hacia el escroto para acomodarlo en su interior. El testículo retráctil se puede manipular al hemiescrotal y mantener la tracción durante 30 segundos para fatigar el músculo cremastérico, posteriormente se libera el testículo y, si es retráctil, se mantendrá en el hemiescrotal, de lo contrario, si tiene criptorquidia, ascenderá de inmediato y ameritará cirugía (*Figura 4*).^{6,7}

No se requieren estudios de imagen, ya que no modifican la toma de decisiones: si el testículo es palpable fuera del escroto, amerita cirugía, si no es palpable, requiere cirugía laparoscópica diagnóstica y terapéutica. La excepción es la concurrencia de criptorquidia e hipospadias, en cuyo caso se solicitará cariotipo y valoración hormonal por endocrinología.⁵⁻⁷

El tratamiento es quirúrgico, consiste en una orquidopexia, que es el descenso del testículo al interior del hemiescrotal correspondiente. El testículo palpable en la región inguinal amerita cirugía por vía inguinal o escrotal a la edad de seis a 12 meses con un éxito de 95%.⁵ No se utiliza el tratamiento

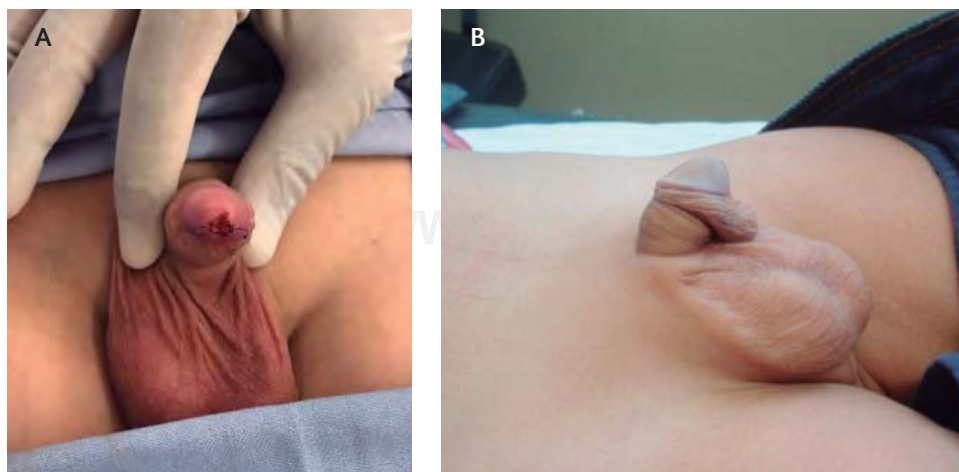


Figura 3.

A) Meatoplastia por estenosis del meato uretral. **B)** Exceso de piel ventral postcircuncisión.

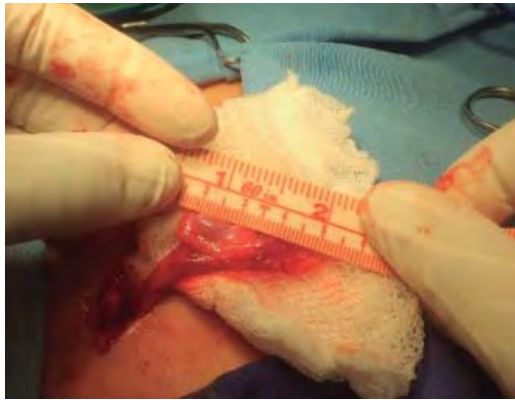


Figura 4. Transoperatorio de orquidopexia vía inguinal.

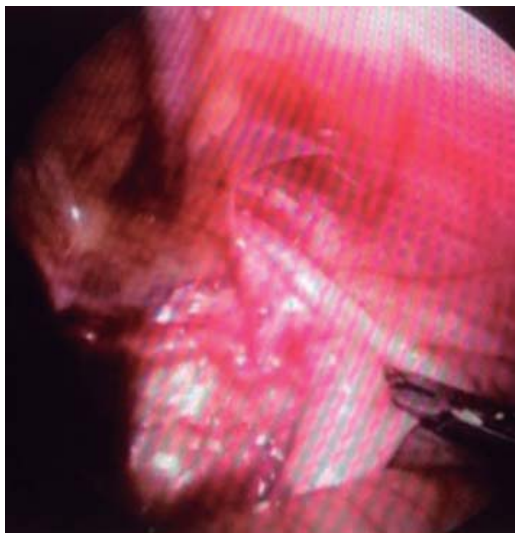


Figura 5. Testículo no palpable intraabdominal. Pinza sostiene el testículo intraabdominal derecho cercano al orificio inguinal interno.

hormonal con gonadotropina coriónica humana, ya que no hay evidencia clara de su utilidad para el descenso testicular, en todo caso podría ser útil para lograr una exploración física más precisa en casos de duda de un testículo retráctil vs. criptorquidia.^{7,8}

El testículo no palpable debe considerarse intraabdominal hasta no demostrarse lo contrario. Se realiza la laparoscopia diagnóstica y, con base en los hallazgos, se efectúa un descenso testicular con la técnica de Fowler Stephens, en la cual se cortan los vasos testiculares y ello permite el descenso del testículo en un tiempo o en dos tiempos quirúrgicos (seis meses después), el aporte vascular provendrá de las arterias del conducto deferente, cremastérico y *gubernaculum*. En esta misma revisión laparoscópica existe la posibilidad de hallazgo diferente a la criptorquidia intraabdominal, como testículo evanescente, torsión testicular intrauterina e hipotrofia severa con localización en canal inguinal (Figura 5).⁸

HIDROCELE/HERNIA INGUINAL

Tienen una incidencia de 1-5%. En útero, el *processus vaginalis* acompaña al testículo en su paso por el canal inguinal durante las semanas 20-28 de gestación y se oblitera después. La persistencia de la permeabilidad del *processus vaginalis* puede resultar en una hernia inguinal o hidrocele: hidrocele si pasa sólo líquido peritoneal debido a un orificio pequeño o, si es un orificio amplio, permitirá la salida de contenido sólido como intestino, epiplón u ovario.^{9,10}

El diagnóstico se basa en el aumento de volumen en la región escrotal o inguinoescrotal. En el

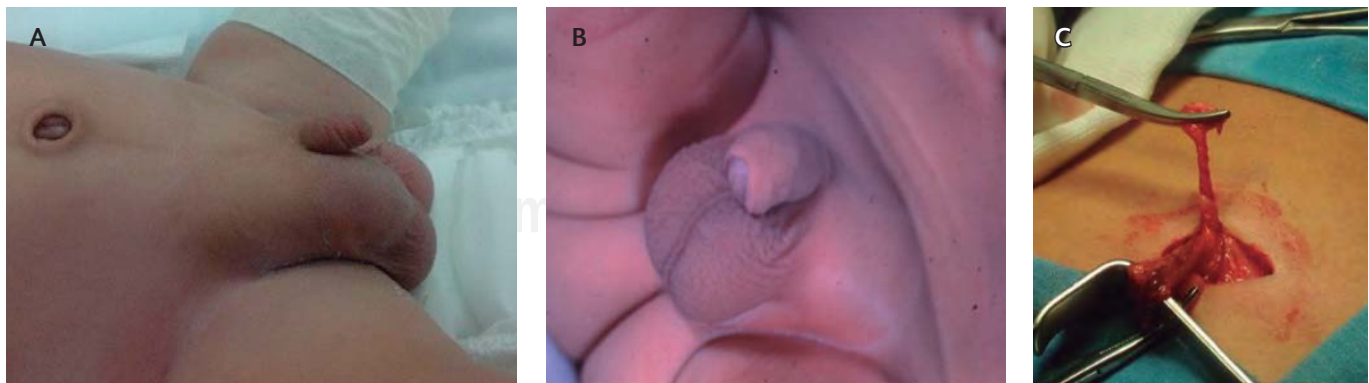


Figura 6. A) Hernia inguinal derecha. B) Hernia inguinal izquierda incarcerationada. C) Torsión del saco herniario proximal previo a su cierre con sutura.

hidrocele comunicante hay variación del tamaño del hemiescrotó en relación con la actividad física, siendo más grande en la tarde y más pequeño en la noche. En la hernia, el contenido abdominal puede palparse y/o reducirse a la cavidad abdominal. La preocupación principal es que en la hernia hay riesgo de encarceración abdominal, reconocible por eritema, edema, dolor a la palpación e imposibilidad de reducir. En caso de no poder palpar el testículo, deberá realizarse ultrasonido (Figura 6).⁹

El hidrocele simple es el más común en neonatos, se distingue porque sólo hay reducción paulatina del tamaño y se vigila hasta el año de edad, porque remite en forma espontánea en la mayoría de los casos.⁹

El tratamiento es quirúrgico y consiste en cerrar el *processus vaginalis* mediante ligadura alta por vía inguinal (lo más común), también puede realizarse por vía escrotal o laparoscópica. Aunque el *processus vaginalis* contralateral puede estar permeable en 40%, la presencia clínica de hernia será sólo de 10%, por lo que no se justifica la exploración inguinal contralateral.^{9,11,12}

Las complicaciones postoperatorias de la cirugía son sangrado, infección y dehiscencia de la mitad,

hidrocele reactivo, lesión del conducto deferente, atrofia testicular, criptorquidia adquirida y hernia recidivante.^{9,11,12}

HIPOSPADIAS

Es la posición del meato uretral en la porción ventral del pene, frecuentemente se asocia a curvatura ventral del pene, con una incidencia de uno en 200 recién nacidos varones.¹³

Durante el examen físico del recién nacido debe llamar la atención el aspecto en capuchón dorsal del prepucio por cierre incompleto, la revisión cuidadosa mostrará la posición anormal del meato, así como posible curvatura ventral. La clasificación se basa en la posición del meato uretral en el pene: distal, medio peneano o proximal, puede asociarse curvatura ventral peneana e hipoplasia del cuerpo esponjoso o del glande y trasposición penoescrotal. Variantes del tipo distal son el megameato y la cuerda ventral sin hipospadias; en esta última, al corregir la curvatura, el meato queda hipospádico (Figuras 7 a 9).¹³



Figuras 7.

Hipospadias distal.



Figuras 8.

Hipospadias medio peneana.

La asociación de hipospadias proximal con criptorquidia unilateral o bilateral puede deberse a un desorden en el desarrollo de la diferenciación sexual en 17-29% de estos pacientes.¹³

El tratamiento quirúrgico se recomienda entre los seis y 18 meses de vida para disminuir el impacto psicosocial. Debido a la elevada frecuencia de complicaciones (distal 5-10%, proximal 15-56%), es conveniente que los casos proximales sean operados tempranamente, pues tienen mayor posibilidad de cursar con complicaciones que ameriten nuevas cirugías.⁵ Las reoperaciones se realizan seis meses después para permitir remisión del edema y evitar complicaciones por cicatrización inadecuada.¹³

El uso de andrógenos preoperatorios es controversial, no se ha demostrado un beneficio en su uso, se argumenta que el incremento del tamaño de los genitales facilita el procedimiento y disminuye las complicaciones.¹³



Figura 9. Hipospadias proximal.

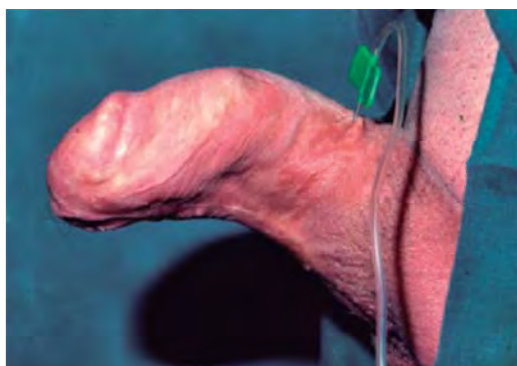


Figura 10. Curvatura ventral persistente operada de hipospadias.

Los objetivos de la cirugía son lograr una erección recta (ortoplastia), posición del meato en el glande con chorro adecuado (uretroplastia, glanuloplastia y meatoplastia), cobertura del cuerpo peneano, en caso necesario, corrección de la transposición penoescrotal. La variedad de las técnicas quirúrgicas para hipospadias pone en evidencia que no hay una técnica efectiva para todos los casos, por lo que el tratamiento se individualiza con base en el tipo de hipospadias y experiencia del urólogo pediatra, quien, para considerarse experto en hipospadias, debe operar en promedio entre 40 y 50 casos anuales. El uso de vendajes penianos compresivos y férulas uretrales es variable para las hipospadias distales y muy frecuente para las restantes.^{13,14}

Las complicaciones más comunes son fístulas uretro-cutáneas, estenosis del meato uretral, estenosis uretral, dehiscencia del glande, divertículo uretral, curvatura persistente, alteraciones en el chorro urinario, todas las cuales ameritan reoperaciones (Figura 10).^{13,14}

En adultos operados de hipospadias se reportan patrones obstructivos del flujo urinario hasta en 13%, síntomas urinarios bajos en 55% y estenosis uretral en 47%, alteraciones en la eyaculación y autoestima baja por percepción genital negativa.¹³

REFLUJO VESICoureTERAL

Es el flujo retrógrado de la orina de la vejiga hacia el tracto urinario superior. Es el resultado de alteración anatómica de la unión ureterovesical, la dinámica vesical e integridad funcional del uréter. Las manifestaciones clínicas se relacionan con el hallazgo de hidronefrosis prenatal o con infección postnatal de vías urinarias.¹⁵

Se clasifican en cinco grados por imagen en uretrocistograma miccional (Figura 11).

El tratamiento está dirigido a evitar infecciones de vías urinarias febriles que, a su vez, pueden condicionar cicatrices renales, hipertensión e insuficiencia renal. Se divide en conservador o quirúrgico. El tratamiento conservador está dirigido a evitar riesgos de infección de vías urinarias mientras se presenta resolución espontánea del reflujo vesicoureteral, lo cual sucede en 80% de los reflujo grados I-II y 50% de los grados III. Incluye el uso continuo de

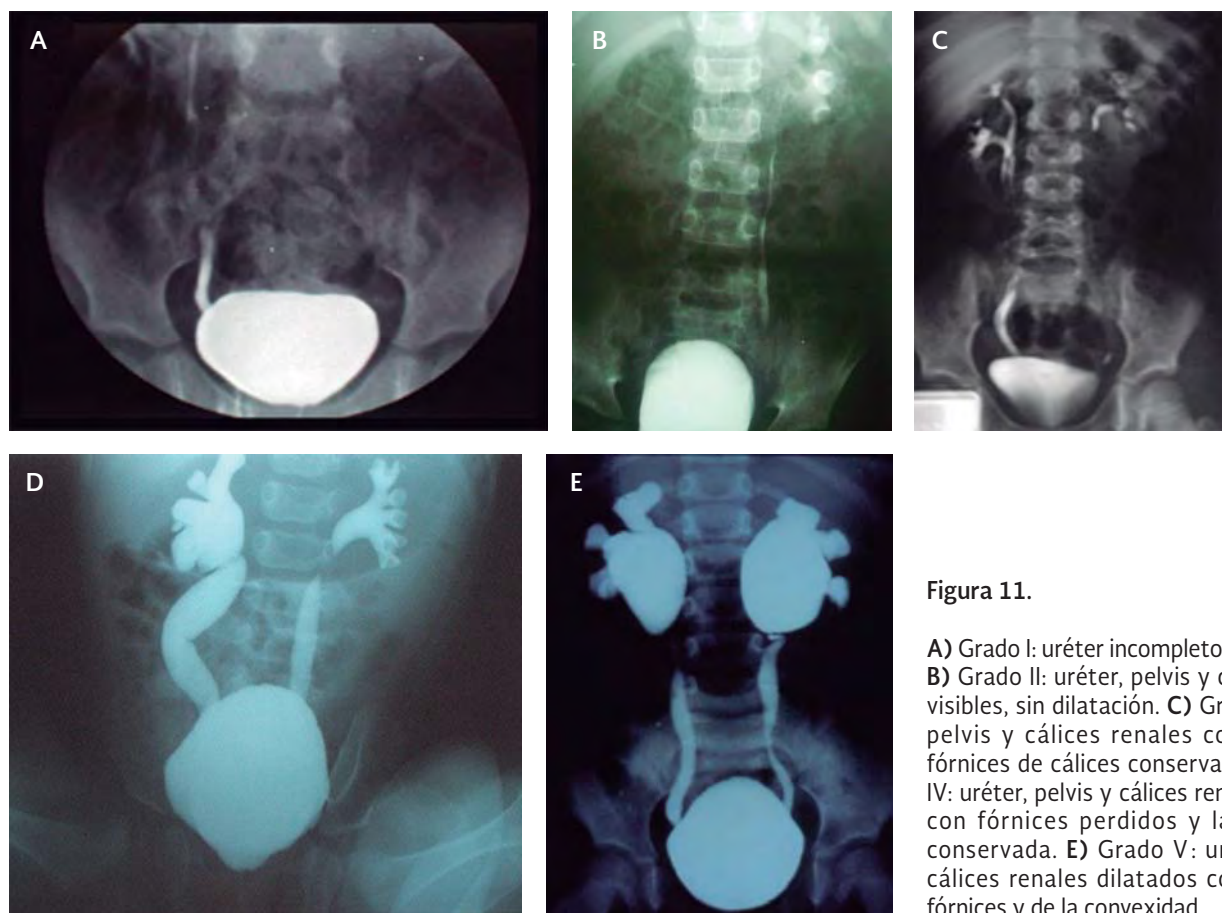


Figura 11.

A) Grado I: uréter incompleto, sin dilatación. B) Grado II: uréter, pelvis y cálices renales visibles, sin dilatación. C) Grado III: uréter, pelvis y cálices renales con dilatación, fónixes de cálices conservadas. D) Grado IV: uréter, pelvis y cálices renales dilatados con fónixes perdidos y la convexidad conservada. E) Grado V: uréter, pelvis y cálices renales dilatados con pérdida de fónixes y de la convexidad.

antibióticos para profilaxis de infección urinaria, el tratamiento agresivo del estreñimiento crónico y el entrenamiento vesical para evitar la estasis de orina, con la detección y tratamiento de disfunción de vaciamiento vesical.¹⁵

La profilaxis con antibiótico requiere que el paciente cene dos horas antes de la hora de dormir, vacíe la vejiga y tome el antibiótico antes de dormir para favorecer la permanencia del antibiótico en la vejiga durante la noche en que ocurre la estasis urinaria. Durante el día se insiste en la ingesta de suficiente agua para propiciar el deseo de vaciamiento vesical completo cada tres horas, evitando malos hábitos que afecten el vaciamiento vesical, como el pujo durante la micción o el estreñimiento crónico. Los antibióticos más utilizados son el trimetoprim/sulfametoxazol y la nitrofurantoína, a un tercio de la dosis total recomendada para 24 horas. En menores de dos meses se evitan estos

antibióticos por la inmadurez hepática; en sustitución, se utiliza amoxicilina a 20 mg/kg/dosis. La tendencia actual es revalorar la profilaxis con antibiótico cada seis y 12 meses, tratar de suspenderla en grados I-III si están en buen control de los otros aspectos mencionados.^{16,17}

El tratamiento quirúrgico se recomienda a pacientes con:

- Infecciones urinarias febriles de repetición a pesar del tratamiento conservador.
- Reflujo grado IV-V persistente, especialmente si es bilateral.
- Incremento de las cicatrices renales (en el seguimiento con gammagrafía o ultrasonido).
- Opcional para pacientes con escaso acceso a los servicios de salud o mala adherencia al tratamiento conservador.¹⁵

Las opciones de tratamiento quirúrgico con cistoscopia para inyección subureteral de sustancias o técnicas de reimplante ureterovesical (a cielo abierto, laparoscópica/robótica).

La inyección subureteral de sustancias crea un soporte para el uréter y «elonga» el túnel intramural del uréter. Por su aplicación rápida y sin cicatrices es el método de preferencia para reflujos vesicoureterales de bajo grado o sin dilatación ureteral severa, el éxito general depende del material utilizado, va del rango de 77% (dextranómero/ácido hialurónico) a 93% (poliacrilato-polialcohol-copolímero). La complicación más común es obstrucción ureteral, que suele ser transitoria; sin embargo, puede requerir desde derivación con catéter JJ ureteral hasta reimplante ureteral. El reflujo contralateral *de novo* se presenta en 4-7%.^{15,16}

El reimplante ureteral tiene varias opciones para técnicas abiertas, así como para mínima invasión

(laparoscopia/robótica). Las técnicas abiertas tienen éxito en 98% y las de mínima invasión con variación de 90 a 95%. En la técnica abierta con frecuencia se realiza cistoscopia previa para detección de ureteroceles o divertículos pequeños, así como valoración del orificio ureteral contralateral para detectar posible reflujo vesicoureteral oculto. La obstrucción ureteral se presenta en 1%. El reflujo vesicoureteral *de novo* ocurre en 5-18%.^{15,16}

PENE OCULTO

Pene oculto se refiere a un falo presente pero no visible. Se clasifica en pene enterrado, pene palmeado y pene atrapado. El pene enterrado es un pene de tamaño normal, pero totalmente enterrado en la grasa prepúbica debido a una falta de fijación de la piel al cuerpo peneano. Se identifica por la ausencia de la hendidura circunferencial en la base dorsal del pene. El pene palmeado es la unión penoescrotal, se fija a la parte distal del cuerpo peneano, perdiendo así el ángulo penoescrotal. El pene atrapado es generalmente la consecuencia de una circuncisión realizada a un pene enterrado, aunque también puede resultar de una circuncisión de un pene normal (Figuras 12 y 13).^{17,18}

Esta patología pasa desapercibida con frecuencia al momento de nacer, es de suma importancia identificarla para que no se realice una circuncisión iatrogénica a un paciente con pene oculto, ya que el prepucio será el proveedor de colgajos para cubrir el cuerpo peneano, cuya piel es inexistente. La edad ideal para esta cirugía no está definida en forma absoluta, se realiza a los seis meses, cuando



Figura 12. Pene oculto (enterrado).



Figura 13.

Pene atrapado postcircuncisión: vista lateral, vista anterior.

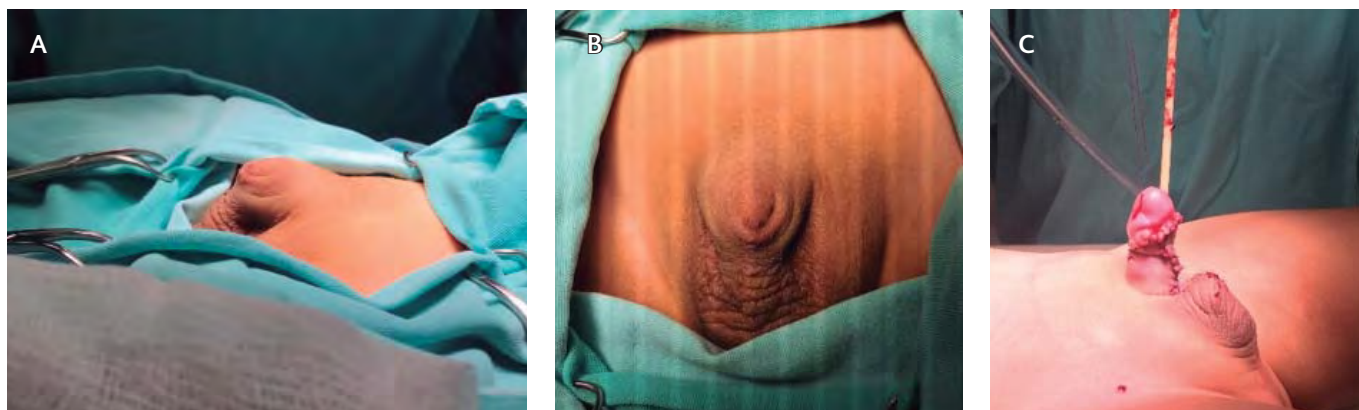


Figura 14. A) Pene oculto: vista lateral. B) Vista anterior. C) Vista lateral postoperatorio.

se acompaña de fimosis severa y formación de bolsa de prepucio, o entre los tres y cinco años de edad, cuando ya mejoró la distribución de grasa suprapúbica.^{17,19,20}

La corrección quirúrgica del pene oculto se logra con la liberación de la fijación anormal del dartos, fijación de la piel peneana a la fascia de Buck y corrección de la trasposición penoescrotal (Figura 14).^{17-19,21}

BIBLIOGRAFÍA

1. Abara EO. Prepuce health and childhood circumcision: Choices in Canada. *Can Urol Assoc J.* 2017; 11 (1-2 Suppl 1): S55-S62.
2. Dave S. Circumcision overview. *Can Urol Assoc J.* 2017; 11 (1-2 Suppl 1): S63.
3. Pinto K. Circumcision controversies. *Pediatr Clin North Am.* 2012; 59 (4): 977-986.
4. Chalmers DJ, Vemulakonda VM. Pediatric urology for the general surgeon. *Surg Clin North Am.* 2016; 96 (3): 545-565.
5. Kolon, Herndon, Baker, Baskin, Baxter, Vhemg, Diaz, Lee, Seashore, Tasian, Barthold. Evaluation and Treatment of Cryptorchidism: AUA Guideline. *J Urol* 192: 337-345
6. Vikraman J, Hutson JM, Li R, Thorup J. The undescended testis: Clinical management and scientific advances. *Semin Pediatr Surg.* 2016; 25 (4): 241-248.
7. Elder JS. Surgical management of the undescended testis: recent advances and controversies. *Eur J Pediatr Surg.* 2016; 26 (5): 418-426.
8. Shepard CL, Kraft KH. The nonpalpable testis: a narrative review. *J Urol.* 2017; 198 (6): 1410-1417.
9. Nguyen HT. Hernia, hydroceles, testicular torsion, and varicocele. In: Docimo SG, Canning DA, Khoury AE, eds. *Textbook of Clinical Pediatric Urology.* 5th ed. London: Informa Healthcare UK Ltd; 2007. p. 1271.
10. Taghavi K, Geneta VP, Mirjalili SA. The pediatric inguinal canal: systematic review of the embryology and surface anatomy. *Clin Anat.* 2016; 29 (2): 204-210.
11. Esposito C, Escolino M, Turrà F, Roberti A, Cerulo M, Farina A et al. Current concepts in the management of inguinal hernia and hydrocele in pediatric patients in laparoscopic era. *Semin Pediatr Surg.* 2016; 25 (4): 232-240.
12. Yildiz A, Çelebi S, Akin M, Karadag ÇA, Sever N, Erginel B et al. Laparoscopic herniorraphy: a better approach for recurrent hernia in boys? *Pediatr Surg Int.* 2012; 28 (5): 449-453.
13. Keays MA, Dave S. Current hypospadias management: Diagnosis, surgical management, and long-term patient-centred outcomes. *Can Urol Assoc J.* 2017; 11 (1-2Suppl1): S48-S53.
14. Hadidi AT. History of hypospadias: Lost in translation. *J Pediatr Surg.* 2017; 52 (2): 211-217.
15. Blais AS, Bolduc S, Moore K. Vesicoureteral reflux: from prophylaxis to surgery. *Can Urol Assoc J.* 2017; 11 (1-2Suppl1): S13-S18.
16. Fonseca FF, Tanno FY, Nguyen HT. Current options in the management of primary vesicoureteral reflux in children. *Pediatr Clin North Am.* 2012; 59 (4): 819-834.
17. Wong NC, Koyle MA, Braga LH. Continuous antibiotic prophylaxis in the setting of prenatal hydronephrosis and vesicoureteral reflux. *Can Urol Assoc J.* 2017; 11 (1-2 Suppl 1): S20-S24.
18. Borsellino A, Spagnoli A, Vallasciani S, Martini L, Ferro F. Surgical approach to concealed penis: technical refinements and outcome. *Urology.* 2007; 69 (6): 1195-1198.
19. Radhakrishnan J, Razzaq A, Manickam K. Concealed penis. *Pediatr Surg Int.* 2002; 18 (8): 668-672.
20. Smeulders N, Wilcox DT, Cuckow PM. The buried penis--an anatomical approach. *BJU Int.* 2000; 86 (4): 523-526.
21. Hadidi AT. Buried penis: classification surgical approach. *J Pediatr Surg.* 2014; 49 (2): 374-379.

El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

The fulfillment of sentences issued by the federal judicial power in relation to the arbitral awards resolved by the National Commission of Medical Arbitration

Carina Xóchil Gómez-Fröde*

RESUMEN

El propósito de este artículo es realizar una revisión de la impugnación ante los jueces federales contra los laudos arbitrales dictados por la CONAMED. Se exponen de manera sintética los argumentos más importantes para la emisión de nuevos laudos, así como las razones por las cuales en muchos casos se ha sostenido el mismo criterio.

Palabras clave: Arbitraje, laudos, mala praxis, amparos, cumplimiento de sentencias judiciales.

ABSTRACT

The purpose of this article is to conduct a review of the challenge before federal judges against the arbitration awards issued by CONAMED. The most important arguments for the issuance of new awards are explained in a synthetic manner, as well as the reasons why in many cases the same criterion has been maintained.

Key words: Arbitration, awards, malpractice, amparos, compliance with court rulings.

* Directora General de Arbitraje.

Correspondencia:

CXGF, cgomez@conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:

La autora declara que no tiene.

Citar como: Gómez-Fröde CX. *El cumplimiento de sentencias emitidas por el poder judicial federal en relación con los laudos arbitrales resueltos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Rev CONAMED 2018; 23(3): 141-151.

Recibido: 06/03/2018.

Aceptado: 02/05/2018.

www.medigraphic.org.mx

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos cinco años la Dirección General de Arbitraje de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico emitió 338 laudos arbitrales (*Tabla 1*). El criterio para determinar si existe o no mala praxis se establece mediante la celebración de plenos o sesiones semanales en las que se reúnen médicos y abogados a efecto de discutir cada uno de los casos que son sometidos a arbitraje.

Una vez que las partes son notificadas legalmente del laudo emitido, éstas gozan de acuerdo con la Ley de Amparo con 15 días hábiles para promover juicio de amparo, siempre y cuando consideren que han sido violentados derechos fundamentales contenidos en nuestra Carta Magna.

En los últimos años la preocupación mayor ha sido mejorar el contenido de nuestros laudos, hacer que el lenguaje médico pueda ser comprendido fácilmente por ambas partes y sobre todo, que el laudo sea congruente, exhaustivo y con la suficiente motivación para que no quede duda de las razones por las cuales se concluye de una determinada manera y no de otra. Tratar de convencer a ambas partes de que nuestra resolución es justa y apegada a los principios de la *lex artis* es una tarea complicada y compleja. Ya lo decía Jürgen Habermas, juez y filósofo alemán, ese es el reto mayor; es decir, que ambas partes, incluso la que perdió, acepten y comprendan las razones por las cuales sus pretensiones no prosperaron o sus excepciones resultaron inoperantes. Muchas veces es necesario realizar profundas consultas a bibliografía especializada, otras tantas no se cuenta con las pruebas suficientes para determinar de manera congruente el desarrollo del acto médico para así disponer de mayores elementos para evaluarlo.

Tabla 1. Inconformidades en contra de laudos.

Año	Laudos emitidos	Amparos promovidos	Porcentaje de inconformidad
2013	92	13	14.1
2014	55	14	25.4
2015	37	9	24.3
2016	83	12	14.4
2017	71	7	9.8

Durante los años 2016 y 2017 se interpusieron en contra de nuestros laudos 19 amparos. En 12 casos las instancias jurisdiccionales negaron los amparos a los quejosos, por tanto nuestros laudos adquirieron categoría de cosa juzgada. Sin embargo, en siete amparos la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, en cumplimiento a lo ordenado por los jueces, emitió nuevos laudos. No necesariamente en todos se cambió el sentido, ni el criterio sostenido en el laudo primigenio; sin embargo, es interesante revisar la forma en que se mejoraron las consideraciones para precisamente hacer más convincente el resultado.

A continuación se relatan brevemente los siete casos y se analizan cuáles fueron los conceptos de violación esgrimidos por los quejosos, las razones por las cuales se les otorgó el amparo y la protección de la Justicia Federal, para al final explicar en su parte conducente los fundamentos y las motivaciones que sirvieron para nuevamente resolver la controversia.

El análisis, la autocritica siempre necesaria, nos ayuda a mejorar nuestros procesos de arbitraje, a poner mayor atención en la valoración de las pruebas ofrecidas por las partes, nos obliga a revisar las metodologías que utilizamos para llegar a conclusiones, a contar con mejores elementos de juicio en un futuro para lograr ser más convincentes ante la sociedad y en particular frente a las partes que tuvieron la convicción y la confianza de someterse al arbitraje como la mejor forma para resolver su litigio.

Fallecimiento de una niña postoperada del corazón

- La CONAMED dictó laudo en el que condenó al hospital a pagar una indemnización al padre por el fallecimiento de su hija. El hospital promovió amparo aduciendo como conceptos de violación que dentro del expediente clínico se revelaban todas las atenciones médicas que se brindaron a la niña y que éstas siempre se realizaron en apego a los principios médicos y éticos de la práctica de la medicina humana.
- El juez federal otorgó el amparo y la protección de la Justicia Federal al quejoso ordenando a la CONAMED dictar otro laudo en el cual se realizara una valoración de todas y cada una de las pruebas y se precisara de dónde emanaba la

obligación de cuidados que debió haber cumplido el hospital demandado para evitar el fallecimiento de la niña.

- c) Esta comisión en cumplimiento a la ejecutoria federal dictó nuevo laudo sin cambiar el sentido del anterior, en el que se hicieron las siguientes consideraciones: De la valoración de las pruebas aportadas se concluyó que fueron suficientes para crear convicción en el sentido de que en el servicio pediátrico omitió otorgar a la paciente la vigilancia médica estrecha y permanente que ameritaba su condición física, a pesar de que existía la indicación por la unidad de terapia intensiva pediátrica y que se requería la máxima diligencia en la atención en beneficio de la salud de esta menor; no obstante que en dicha unidad se logró estabilizar a la paciente quien salió del estado de gravedad en el que se encontraba, presentando una evolución favorable, no se acreditó que una vez ingresada al servicio mencionado, el personal a cargo de continuar la atención no actuara con la diligencia que el caso ameritaba, es decir, no se demostró el cuidado y la vigilancia estrecha indicada por la unidad de cuidados intensivos pediátricos, lo cual, atendiendo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se brindó la atención, lleva a concluir que debido a las omisiones en la atención de la menor, el personal de salud del prestador del servicio no advirtió el momento en el que la paciente presentó una complicación más, la cual no fue tratada en forma oportuna, lo que permitió su evolución a un estado de salud irrecuperable, pues se reportó su atención una vez que el cuadro se tornó irreversible (estado avanzado), existiendo datos de falla orgánica múltiple y falta de respuesta al tratamiento instaurado.
- d) El no advertir y atender de manera oportuna la evolución desfavorable de la paciente permitió su evolución paulatina hasta agravarse, pues comprometió seriamente la función de distintos órganos, alcanzando el grado de choque refractario, esto significa que para llegar a dicho estado de gravedad la paciente cursó por las etapas previas de choque compensado y descompensado, en las cuales existía la posibilidad de recuperación de la enferma, empero no se demostró conducta médica alguna que acreditara la debida atención

de la paciente, lo cual resultó determinante en este asunto, pues una vez que los pacientes evolucionan a choque irreversible, irremediamente culminan con la muerte.

El citado incumplimiento de obligaciones de diligencia y medios encuentra soporte en la literatura especializada, al establecer que ante la sospecha de situación de choque, debe adoptarse conducta médica en forma urgente, siendo el objetivo prioritario remontar la hipovolemia, garantizar una buena ventilación y oxigenación con soporte vital avanzado pediátrico, sin ignorar el tratamiento del agente etiológico y las posibilidades de intervención sobre la respuesta inflamatoria del huésped. La inmadurez (mayor a menor edad) supone menor reserva funcional, por lo que hay que esperar fracaso orgánico precoz. La precocidad y contundencia de la intervención terapéutica es determinante en su evolución y pronóstico. Cada hora de demora en la instauración de medidas de reanimación incrementa la mortalidad 50%.¹

- e) El nuevo laudo sostuvo la condena hacia el hospital.

Abandono de un paciente operado de esplenectomía le provocó la muerte

- a) La Comisión dictó laudo por el cual condenó a pagar a la sucesión del paciente fallecido un reembolso por los gastos erogados, así como el pago de una indemnización. El médico interpuso amparo ante la justicia federal.
- b) Se otorgó amparo y protección de la justicia federal al quejoso: *...en virtud de que se advierte que efectivamente no está clara la relación causa efecto o nexo causal entre el incumplimiento de las obligaciones que se le imputa al hoy quejoso y la muerte del paciente. En efecto, la responsable estableció en su resolución que el aquí quejoso asumió el control del postoperatorio, ya que así lo detalla la responsable al señalar textualmente en su resolución: no es obstáculo de lo anterior que en el expediente por la atención del paciente se haya referido que fue atendido por un cirujano que no vino a juicio, en razón de que con el hoy demandado, sin que fuera controvertido por las partes, se acordó la atención y dio seguimiento al postoperatorio a la misma; por lo que en dicho supuesto opera la*

denominada representación aparente y por tanto, debe responder civilmente por el acto médico quirúrgico y los efectos adversos indicados a lo largo del presente laudo; lo que colocó al paciente en una situación de riesgo creado que contribuyó al evento adverso que presentó el hoy finado... Sin embargo, bajo esa perspectiva de la representación aparente, no estableció en concreto qué conducta precisa y detallada es la que le imputa; para con ello colmar el «compromiso arbitral», pues la responsable debió constreñirse a dejar establecido si el aquí quejoso había actuado con negligencia, impericia o dolo, en el punto de la representación aparente. De igual manera, debió explicar (si es que existe la conducta precisa) el porqué le pudiera imputar alguna conducta que precisamente fuera la causa del hecho de la muerte del paciente y argumentar de manera objetiva su efecto, un nexo causal que debe existir para atribuirle que fue la consecuencia del referido fallecimiento del paciente. Lo anterior es así, pues si bien es cierto, la responsable establece diversas consideraciones que a su juicio determinan una mala praxis y abandono del paciente, también lo es que las mismas resultan ser ambiguas, es decir no son precisas en la conducta causal o nexo que se le reprocha al aquí quejoso al haber asumido el control postoperatorio, pues la responsable se encontraba obligada a establecer con precisión en qué consisten esas conductas u omisiones que hayan sido precisamente la causa de un nexo con la muerte de la persona fallecida, (determinando si efectivamente existe negligencia, impericia o dolo en la atención postoperatoria proporcionada al paciente como quedó señalado en el compromiso arbitral), ya que ello no está claro sin pasar por alto que la propia responsable ubica al quejoso como el que asumió el control postoperatorio, es decir excluye la hipótesis del cirujano y de la ayudante del cirujano.

- c) Esta comisión dictó nuevo laudo en el cual no cambió el sentido de la resolución, condenó al demandado al pago del reembolso exigido y a una indemnización; sin embargo, en cumplimiento a la ejecutoria de amparo enfatizó lo siguiente: No existen pruebas suficientes para establecer una representación aparente, ya que el único responsable de la atención médica lo fue el hoy demandado, ya que éste es el único médico que

aceptó la relación médico paciente y por lo mismo, el único responsable que elaboró la mayoría de las notas y recetas médicas que obran en el expediente.

La Guía de Práctica Clínica «Esplenectomía» recomienda que deberá referirse a un enfermo candidato a esplenectomía electiva a un tercer nivel de atención cuando la unidad que brinda la atención médica no cuente con el personal especializado, equipo médico e insumos idóneos para realizar este procedimiento, de igual forma cuando no cuente con banco de sangre certificado, unidad de radiodiagnóstico con ultrasonido y tomografía axial computarizada disponible 24 horas del día y unidad de cuidados intensivos, o teniéndolo, no cuente con personal médico especializado en áreas de hematología, cirugía general, anestesiología, medicina interna, terapia intensiva y radiología. El paciente fue egresado por el demandado con un esquema antibiótico que no estaba recomendado por la literatura médica de la especialidad. Al egreso del paciente no se documentó que se hayan dado las recomendaciones, cuidados y signos de alarma ante posibles complicaciones después de la realización de una esplenectomía.

El demandado no efectuó un seguimiento al postoperatorio y abandonó al paciente causándole con su abandono la muerte. Por lo anterior, apreciamos elementos de mala práctica por parte del demandado al haber realizado un *procedimiento de alto riesgo* como la esplenectomía en una institución hospitalaria que no contaba con el personal especializado, equipo médico e insumos idóneos para realizar el mismo, de igual forma no contaba con banco de sangre certificado, unidad de radiodiagnóstico con ultrasonido y tomografía axial computarizada disponible 24 horas del día, ni unidad de cuidados intensivos como lo establece la Guía de Práctica Clínica «Esplenectomía» y no haber observado de forma puntual y correcta la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012. Del expediente clínico: haber egresado al paciente sin un manejo antibiótico sugerido por la *lex artis*, no haber documentado que le fueron explicados los cuidados y precauciones especiales que el paciente debía seguir en el postoperatorio, de igual forma no se documentó haber señalado de forma puntual y específica los signos

de alarma para identificar oportunamente complicaciones de la esplenectomía y *no haber dado un seguimiento estrecho al postoperatorio*, lo que generó la muerte del paciente en virtud de que se permitió que se presentaran problemas infecciosos a nivel urinario, respiratorio, quirúrgico (dehiscencia de la herida) y probablemente a nivel de la cavidad abdominal (por la presencia de colección en el lecho esplénico), padecimientos que se hubieran controlado si no hubiese habido abandono por parte del demandado. En abundamiento de lo anterior, de acuerdo con lo que establece la *lex artis* y considerando el antecedente de esplenectomía, era necesario tener presentes las complicaciones² existentes en este tipo de pacientes por la ausencia del bazo, sobre todo en relación con las repercusiones inmunológicas que se presentan, mencionando que dentro de éstas se encuentran: el absceso subfrénico izquierdo, las neumopatías, hipertermia aislada, riesgo aumentado de las infecciones y sepsis fulminante, trombosis del sistema venoso profundo de miembros inferiores y trombosis del sistema venoso portal.

Falta de información de la colocación de un catéter doble J en procedimiento de litotripsia

- a) El quejoso promovió juicio de amparo en contra del laudo que absolvió al demandado de la pretensión exigida consistente en el pago de un reembolso por las cantidades erogadas ante otro facultativo, aduciendo que el médico demandado nunca le informó al paciente que le había colocado un catéter doble J.
- b) Se le concedió el amparo al quejoso para el efecto de que la CONAMED dictara otro laudo en el cual debía verificarse que las afirmaciones del prestador del servicio, en el sentido de haber informado al paciente del retiro del catéter, estuvieran corroboradas con alguna otra probanza. Es decir, al haber objetado el paciente las documentales ofrecidas por el médico, la CONAMED debía haber adminiculado dichas documentales con otras probanzas y sin embargo les dio valor probatorio pleno, absolviendo al médico.
- c) Al dictarse el nuevo laudo se determinó lo siguiente: *De la valoración a las constancias de*

atención se tienen indicios de que el demandado informó al paciente la necesidad de extraer el catéter doble J con probable calcificación en extremo vesical, de la indicación de tratamiento médico en tanto el paciente decidía la aceptación del procedimiento, así también que en el curso de dichas atenciones las molestias en el paciente se incrementaron; sin embargo, ante la mala práctica observada, estos elementos resultan ineficaces para desvirtuar la mal praxis que le atribuye el hoy actor, al no haberle informado la necesidad de colocarle un catéter doble J con motivo del procedimiento de litotripsia que le practicó, no existiendo su autorización para ello y una vez colocado tampoco demostró haberle informado el tiempo en que debía ser retirado, menos aún las complicaciones que podían derivarse de este tipo de tratamiento, lo que ocasionó que mediante la atención médico-quirúrgica de otro facultativo tuviera que retirarse el multicatéter.

- d) Este arbitraje fue resuelto definitivamente, ya que el médico demandado cubrió al paciente ante la CONAMED el reembolso que éste había exigido desde el principio del arbitraje.

Rotura de lente intraocular

- a) El quejoso en su amparo esgrimió lo siguiente: «Se causó daño al paciente y quedó demostrada la impericia del médico, quien rompió el lente intraocular dentro de su ojo al someterse al procedimiento de facoemulsificación con colocación de lente intraocular como consecuencia del diagnóstico de catarata. El laudo está indebidamente fundado y motivado, ya que correspondía a la institución probar haber actuado con diligencia. En las notas no está señalado el método utilizado para la extracción del lente roto, además de que se le produjo un edema corneal y fue realizada por un médico residente en formación. Por ello, procede otorgarme el amparo y que se dicte nuevo laudo en el que se ordene al demandado el reembolso y una indemnización».
- b) Se concedió el amparo al quejoso para el efecto de que la CONAMED dicte nuevo laudo en el cual se considere con plenitud de jurisdicción si hubo responsabilidad médica cuyos elementos a considerar son: 1. el daño causado por el médico,

2. la afectación y la culpa del profesional y 3. el nexo causal entre ambas.

c) Se dictó nuevo laudo sin cambiar el sentido del primero. El hecho innegable de que el lente se rompió no implica que se hubiese producido un daño. Se trató de un riesgo inherente, hubo oportunidad de corregir el error. Se le otorga valor a una nota médica que demuestra que el paciente tuvo mejoría posterior a la colocación de nuevo lente. Entre los argumentos que se sostienen son los siguientes:

1. La aparición de edema corneal en grado variable tras la cirugía de catarata ocurre en aproximadamente 53% de los pacientes, se considera como riesgo inherente a todo procedimiento quirúrgico de la parte anterior del ojo, en especial en la cirugía de catarata, independientemente de los factores de riesgo del paciente y los relacionados con la técnica quirúrgica.
2. La ruptura del lente intraocular es una complicación previsible, más no evitable, rara, que puede ocurrir durante la cirugía, haciendo necesario una mayor manipulación de la córnea para extraerlo y reemplazarlo. Las causas no son fáciles de identificar, puede deberse tanto a la técnica empleada por el cirujano como a la manufactura y características del lente. Lo que se ha comprobado que reduce el riesgo es el empleo de dispositivos inyectoros que disminuyen la manipulación del lente. En el presente caso se utilizó un lente cuya presentación incluye el dispositivo en mención, además de la colocación de material viscoelástico;³ es decir, hay evidencia de que se tomaron medidas de seguridad para tratar de evitar la complicación.
3. Ante la ruptura del lente, el médico lo extrajo y colocó un lente monofocal, tal como lo describe en la hoja operatoria. Se colocó uno monofocal en lugar de un bifocal, ya que la ampliación de la incisión de la cirugía (para sacar el lente) generó una modificación en la córnea que no permitía la adecuada corrección de la visión con un lente bifocal. En tal sentido, en el caso específico estamos hablando de dos riesgos inherentes durante la

cirugía llevada a cabo: el edema corneal y la ruptura del lente; es decir, complicaciones que pueden presentarse a pesar de llevar a cabo una técnica o procedimiento diligente y por cirujanos experimentados, las cuales ocurren involuntariamente y a pesar de las medidas de seguridad.

4. Si bien es cierto que el paciente fue intervenido por un médico en formación (residente de oftalmología en su 4º y último año de especialización), las complicaciones inherentes al procedimiento con las que cursó (ruptura de lente y edema corneal) no devienen de mala práctica, puesto que incluso en manos expertas, en contra de la voluntad y bajo la debida diligencia, pueden ocurrir en toda cirugía de catarata.
5. Más aún, la literatura se refiere a la experiencia del cirujano como factor de riesgo de pérdida de células endoteliales de la córnea: es lógico sospechar que durante el periodo de aprendizaje de la cirugía con ultrasonidos, se incrementan los factores que influyen en mayor pérdida endotelial (el ultrasonido es una técnica de cirugía de catarata con más riesgo de lesión que la utilizada en el caso a estudio, es decir, la facoemulsificación). Durante la curva de aprendizaje esperamos encontrar un tiempo quirúrgico prolongado con mayor consumo de solución de irrigación, así como el empleo de ultrasonidos de mayor potencia y un aumento de las maniobras intraoculares. Sin embargo, en un estudio que evaluó la pérdida endotelial inducida en la cirugía practicada por un residente junior (con un año de experiencia quirúrgica, en la que había realizado aproximadamente 100 cirugías) se encontró que había 11.6% de pérdida, comparable con el presentado en otros trabajos de cirujanos experimentados.³
6. Ponderando lo anterior, no puede tenerse por cierta la tesis de que el cirujano era imperito, pues cumplió incluso con las medidas de seguridad indicadas en la literatura especializada y ante la ruptura del lente solventó la situación con la colocación de otro, en beneficio del paciente. El paciente presentó disminución en la agudeza visual como resultado del edema corneal

secundario a la complicación esperada de la cirugía de catarata. Posterior a la cirugía presentó una agudeza visual a cuenta dedos, misma que mejoró posteriormente con trasplante de córnea. Sin embargo, se advierte una afección en su visión, puesto que se reportó una agudeza visual de 20/60 al momento de su primera atención, tal como se refirió en la historia clínica y se determinó una agudeza visual de 20/150 en la última constancia de atención. Toda vez los riesgos inherentes descritos, dicha afección no puede tenerse como secundaria a mala práctica en la atención oftalmológica del paciente, sino como proveniente de complicaciones propias de la cirugía que infortunadamente ocurrieron en este paciente sin que fuera intención del cirujano dañarlo, sino como resultado de indeseables complicaciones, recordando que la medicina, si bien rigurosa, no es una ciencia exacta.

7. Finalmente, en ningún momento se determinó una ausencia o deficiencia de historia clínica, lo único que se señaló es que en la nota operatoria no se describe de manera detallada lo que ocurrió durante la cirugía; sin embargo, insistimos en que efectivamente se aprecian medidas para proteger la córnea durante la cirugía como la colocación de un lente con dispositivo inyector y la colocación de viscoelástico. Si bien el paciente cursaba con una catarata densa (por la clasificación N3), se utilizó la técnica quirúrgica reportada como efectiva y con menores riesgos de lesión corneal.

Fue aplicable al caso la siguiente tesis:

Décima época
 Registro: 2002441
 Instancia: Primera Sala
 Tesis Aislada
 Fuente: Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta
 Libro XVI, Enero de 2013, Tomo 1
 Materia(s): Civil
 Tesis: 1a. XXV/2013 (10a.)
 Página: 621

Acto médico. Mejor decisión posible para la determinación de la mala práctica médica

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia médica siendo, por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actividad se halla un elemento aleatorio. El médico no garantiza la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes en cada caso. En consecuencia, el médico cumple con su obligación cuando desarrolla o despliega el conjunto de curas y atenciones en la fase diagnóstica, terapéutica y recuperatoria que son exigibles a un profesional o especialista normal. Por ende, el médico debe adoptar, de forma continua, decisiones trascendentes para la vida humana. En el curso del acto médico deben efectuarse una serie de elecciones alternativas, desde el momento en que se precisa indicar las exploraciones necesarias para llegar a un diagnóstico hasta prescribir una terapia concreta y todo ello en el ámbito de la duda razonable sobre la mejor decisión posible. Por lo tanto, después de analizar de manera sistemática el acto médico para determinar la existencia de mala práctica médica, el juzgador está llamado a cuestionar si dentro de toda la gama de posibilidades, dadas las circunstancias del caso y el estado de la ciencia médica, la decisión tomada fue la mejor posible. *Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González.*

Sobredosificación de anticoagulante

- a) La paciente se queja de que el laudo es incompleto porque sólo obliga a pagar el daño civil contractual y no se condenó por los daños físicos y funcionales ocasionados por la negligencia del médico, dada la sobredosificación de anticoagulante que le ocasionó daños en la salud como hemorragias, equimosis, dolor, insuficiencia venosa y merece una compensación e indemnización.
- b) La quejosa ganó el amparo, ya que en el laudo no se concatenó ni precisó cuál fue el material probatorio analizado para llegar a sus conclusiones

en el sentido de que no procedía el pago de una indemnización. No se dijo si se trataba de pruebas plenas, semiplenas o indicios. De las fotografías exhibidas por la paciente se aprecia que en efecto se ocasionaron afectaciones en su cuerpo como equimosis y el laudo no valora si tales afectaciones fueron producto o no de mala praxis. En consecuencia, se le otorgó a la quejosa el amparo a efecto de que la CONAMED dicte otro laudo en el cual valore en su conjunto los medios de convicción.

- c) Esta comisión dictó nuevo laudo en el que se tomaron en cuenta las evidencias fotográficas exhibidas por la paciente en las cuales se muestra la presencia de equimosis recientes (rojo oscuro) en extremidades inferiores, siendo el resultado del efecto de sobrecoagulación generada debido a la salida de hemoglobina del capilar y su acumulación en tejido conectivo por extravasación (*no por trauma*); sin embargo, al momento de realizar la reversión de la anticoagulación se suspendió su efecto y el sangrado cesó, aunque la equimosis persista hasta que la sangre extravasada sufra todo el proceso natural de absorción, lo que no es indicativo de presencia de hemorragia activa o de secuelas.

Se determinó en la especie que las fotografías aportadas por la paciente carecen de fecha y a pesar de que dichas documentales no fueron objetadas en cuanto a su contenido ni valor probatorio, únicamente se convierten en elementos indiciarios, en virtud de que no es posible determinar el momento en que fueron tomadas, ni el tiempo preciso de evolución de las equimosis, pero en todo caso, aplicando un criterio de presunción tendrían de cero a tres días.

Se valoró además el reporte del médico cardiólogo quien hizo referencia a lo siguiente:

Que la paciente acudió a la consulta externa de cardiología.

Que la paciente presentaba equimosis en varias partes del cuerpo, datos que correspondían clínicamente a una sobredosificación del anticoagulante que se suspendió inmediatamente, administrando vitamina K debido al alto riesgo de una hemorragia intraparenquimatosa en órganos vitales.

El día siguiente se había revertido el efecto anticoagulante y el riesgo de hemorragia espontánea

había desaparecido, lo que permitió reinstalar el tratamiento anticoagulante a niveles terapéuticos.

En esos términos, los elementos de prueba aportados por la paciente no demuestran que la hemorragia cutánea derivada de la sobreanticoagulación haya puesto en peligro su vida, ni la existencia de secuela alguna y por tanto, no puede afirmarse que hubiese causado daño alguno a la paciente.

Es decir, la nota (del cardiólogo del hospital) refiere que si bien la paciente sufrió una sobreanticoagulación, el riesgo desapareció; ya que al aplicarle la vitamina K se revirtió el riesgo del problema vascular, con lo cual de igual forma fue posible desaparecer el hematoma en más días sin que ello haya significado ningún riesgo para la paciente.

La equimosis es la extravasación sanguínea que se produce en la piel (intradérmica), en el tejido subcutáneo subyacente o en ambos, puede tener un origen espontáneo por alteraciones en la hemostasia, en la hemorragia espontánea donde no existe ruptura de los capilares. Las equimosis desaparecen sin dejar secuela alguna.⁴ En tal inteligencia, en la especie, no se actualizó un daño emergente físico ni funcional valuable, que pueda ser atribuible o imputable al facultativo demandado, por lo que no se tuvo por acreditado el daño extracontractual y no hubo lugar a declarar la condena por dicho concepto.

Atendiendo a lo pactado por las partes en el compromiso arbitral y con fundamento en lo dispuesto (interpretado *contrario sensu*) en los artículos 1910, 1915, 2110 y demás relativos aplicables del Código Civil Federal, no ha lugar a dudas que: «Los daños y perjuicios deben ser consecuencia inmediata y directa de la falta de cumplimiento de la obligación, ya sea que se hayan causado o que necesariamente deban causarse», lo que en la especie no ocurrió. Por lo que no hubo lugar a decretar la condena por la existencia de responsabilidad civil por daño físico y funcional valorable, extracontractual, a cargo del facultativo demandado y por ende, tampoco ha lugar a declarar la existencia de la obligación.⁵

Pérdida de órgano dentario

- a) La paciente esgrimió como concepto de violación que la CONAMED debió condenar al demandado a la reposición de la pieza dental y no al 10% de

indemnización por la pérdida del órgano dentario.

b) Le fue concedido el amparo a la quejosa para que la CONAMED dicte otro laudo en el que «reitere las condiciones que no fueron materia de la concesión del amparo y resuelva lo concerniente a la pérdida del órgano dentario conforme al artículo cuarto transitorio del decreto por el que se reformó la Ley Federal del Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012. La autoridad federal consideró que la tabla de valuación de incapacidades permanentes a que se refieren las citadas disposiciones legales establece en el apartado de cara:» 289. *Pérdida de uno o varios dientes: reposición.*

c) La Comisión dictó otro laudo en el cual hizo las siguientes consideraciones:

1. Para efectos del cálculo indemnizatorio, resulta aplicable lo establecido en el segundo párrafo del citado artículo 1915 del Código Civil Federal, por lo que a efecto de compensar a la actora y tomando en cuenta el grado de responsabilidad de la demandada al incurrir en mala práctica por negligencia, atendiendo al derecho humano al resguardo de la persona en toda su extensión, bien sea en su aspecto físico como mental, a la naturaleza y extensión del daño producido (pérdida injustificada del órgano dental y consecuentemente, alteración en la función masticatoria), así como la edad de la paciente al momento de la atención reclamada se consideró 10% de indemnización, atendiendo al baremo contenido en la Ley Federal del Trabajo, tabla de valuación de incapacidades permanentes, apartado 289.— *Pérdida de uno o varios dientes: reposición*, el cual prevé porcentaje de 5 a 10% de indemnización, en relación con el artículo cuarto transitorio del decreto, por el que se reformó la Ley Federal del Trabajo, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012.
2. Al efecto, es menester aclarar que si bien es cierto que la disposición laboral refiere el término de reposición en el citado apartado 289, también lo es que en la especie no existe la posibilidad material de reintegrar a la hoy

actora su órgano dentario (al ser pieza única e irreplicable), de igual forma resulta imposible reponerlo, toda vez que en forma alguna se trata de un bien fungible que pueda sustituirse por otro de la misma especie y calidad; no obstante, es de señalarse que en términos de la *lex artis* odontológica, a fin de corregir la alteración masticatoria y la estética de la paciente, la opción que representa mayor beneficio para ésta se refiere a la colocación de un implante y prótesis respectiva, también es cierto que dicho tratamiento de igual forma representa posibles riesgos para la paciente, entre ellos infección en el implante, rechazo del mismo, pérdida de hueso, rotura del implante; lo cual no puede dejar de observarse a fin de establecer el *quantum* indemnizatorio.

3. De acuerdo con el artículo 485 de la citada ley laboral, la cantidad base para el pago de la indemnización, no puede ser inferior al salario mínimo, la resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 18 de diciembre de 2015, fijó como salario mínimo general vigente en la República Mexicana, municipios y demarcaciones territoriales, a partir del 1° de enero de 2016, \$73.04 (setenta y tres pesos 04/100 M.N.). De igual forma, resulta aplicable al presente asunto, en cuanto a la determinación del importe de la indemnización compensatoria, lo dispuesto en el decreto por el que se declaran reformadas y adicionadas diversas disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia de desindexación del salario mínimo publicado en el Diario Oficial de la Federación del día miércoles 27 de enero de 2016. Así, el Valor Diario de la Unidad de Medida y Actualización (UMA) para 2017, establecido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), publicado en el Diario Oficial de la Federación del día 10 de enero de 2017, vigente a partir del 1° de febrero de 2017, es de \$75.49 (setenta y cinco pesos 49/100 M.N.). Ahora bien, para el cálculo de 10% de porcentaje, el artículo 494 de la Ley Federal

del Trabajo establece como la cantidad máxima a pagar el equivalente al importe de 1,095 días de salario, luego entonces 1,095 días de salario significa 100% para el cálculo de las indemnizaciones. Correspondiendo al 10% un total de 109.5 días. Entonces, para obtener el cuádruplo al que se refiere el artículo 1915 del Código Civil Federal, se multiplica \$75.49 por cuatro, resultando la cantidad de \$301.96, lo que a su vez se multiplica por 109.5 días, de lo que se obtiene el total de \$33,064.62 (treinta y tres mil sesenta y cuatro pesos 62/100 M.N.), cantidad indemnizatoria que debe pagar la demandada a la parte actora. Para llegar a esta determinación se tomó en consideración el siguiente criterio:

Derecho fundamental a una reparación integral o justa indemnización. Concepto y alcance. El derecho a una reparación integral o justa indemnización es un derecho sustantivo cuya extensión debe tutelarse en favor de los gobernados y no debe restringirse en forma innecesaria. Atendiendo a los criterios que ha emitido la Corte Interamericana de Derechos Humanos, el derecho a la reparación integral permite, en la medida de lo posible, anular todas las consecuencias del acto ilícito y restablecer la situación que debió haber existido con toda probabilidad, si el acto no se hubiera cometido y de no ser esto posible, es procedente el pago de una indemnización justa como medida resarcitoria por los daños ocasionados, lo cual de ninguna manera debe implicar generar una ganancia a la víctima, sino otorgarle un resarcimiento adecuado. El derecho moderno de daños mira la naturaleza y extensión del daño a las víctimas y no a los victimarios. El daño causado es el que determina la indemnización. Su naturaleza y monto dependen del daño ocasionado, de manera que las reparaciones no pueden implicar ni enriquecimiento ni empobrecimiento para la víctima o sus sucesores. No se pretende que la responsabilidad sea excesiva, ya que debe subordinarse a requisitos cualitativos. Una indemnización será excesiva cuando sobrepase el monto suficiente para compensar a la víctima. Sin embargo, limitar la responsabilidad

*fijando un techo cuantitativo implica marginar las circunstancias concretas del caso, el valor real de la reparación o de la salud deteriorada. Una indemnización no es justa cuando se le limita con topes o tarifas, cuando en lugar de ser el juez quien la cuantifique con base en criterios de razonabilidad, es el legislador quien, arbitrariamente, fija montos indemnizatorios al margen del caso y su realidad. Sólo el juez, que conoce las particularidades del caso, puede cuantificar la indemnización con justicia y equidad.*⁶ Amparo directo en revisión 1068/2011. Gastón Ramiro Ortiz Martínez. 19 de octubre de 2011. Cinco votos. Ponente: Jorge Mario Pardo Rebolledo. Secretaria: Rosa María Rojas Vértiz Contreras.

Tratamiento odontológico

- a) La quejosa prestadora del servicio dental interpuso amparo en contra del laudo en virtud de que «no se encuentra debidamente acreditado que el paciente me hubiese pagado la cantidad de \$27,674 pesos. Tampoco debió haber tomado en cuenta un bono para que formara parte del reembolso, ya que dicha cantidad nunca fue desembolsada por el paciente». Esgrime que la CONAMED no expuso de forma clara y precisa la forma en la cual cuantificó el monto de los honorarios por el tratamiento oral.
- b) El juez de amparo ordena a la CONAMED que dicte nuevo laudo en el cual justifique el monto real a pagar a la quejosa, sustentando si en verdad se pagaron las cantidades a que se refiere y no debe tomar en consideración el pago del bono aludido al no desprenderse de ese cupón de descuento intervención alguna de la quejosa.
- c) En acatamiento a lo ordenado por la jurisdicción federal, CONAMED dictó nuevo laudo en el cual se hizo una exacta valoración de los recibos y comprobantes ofrecidos como prueba por el paciente a efecto de justificar plenamente las cantidades a las que habrá de condenarse a la prestadora del servicio médico; sin embargo, la CONAMED sostuvo el criterio de que la prestadora del servicio odontológico no se ajustó a la *lex artis ad hoc*.

Agradecimientos

Agradezco a todos los médicos y abogados que participan en la elaboración de laudos arbitrales de la Dirección General de Arbitraje, así como al Dr. Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez, quien realiza un examen exhaustivo de todos los casos a resolver.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez R, Serrano O. Manejo inicial de la sepsis-shock séptico pediátrico. *Bol Pediatr*. 2006; 46 (1): 107-112.
2. Ferraina P, Oría A y cols. El Bazo Capítulo 40. En: Ferraina P, Oría A y cols. *Cirugía de Michans*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2002. p. 697-074.
3. O'Brien PD, Fitzpatrick P, Kilmartin DJ, Beatty S. Risk factors for endothelial cell loss after phacoemulsification surgery by a junior resident. *J Cataract Refract Surg*. 2004; 30 (4): 839-843.
4. Jiménez J, Alvarado C, Lachiner S, Morales L. Revisión bibliográfica. Evaluación médico legal de las equimosis cutáneas. *Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual [Internet]* 2016 [acceso 2018-22-01];33(1):1409-0015. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v33n1/1409-0015-mlcr-33-01-00035.pdf>
5. Vid.- Época: Octava Época. Registro: 216339. Instancia: Tribunales Colegiados de Circuito. Tipo de Tesis: Aislada. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación*. Tomo XI, Mayo de 1993. Materia(s): Civil. Página: 317. Daños y perjuicios.
6. Época: Décima Época. Registro: 2001626. Instancia: Primera Sala. Tesis 1a. CXCv/2012. Fuente: *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*. Libro XII, Septiembre de 2012, Página: 502.

El concepto de *víctima* relacionado con los contenidos del artículo:

Eventos adversos y *burnout* en profesionales
de una clínica de atención primaria.

Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM.
Rev CONAMED 2018; 23(2): 66-72

The concept of victim related to the contents of the article:

*Adverse event and burnout in health professionals
of primary health care center.*

Jiménez FEY, Alayola SA, Mancebo HA, Campos CM.
Rev CONAMED. 2018; 23(2): 66-72

Jorge Alfonso Pérez Castro y Vázquez*

* Subcomisionado
Médico, CONAMED.

Ciudad de México a 19 días del mes de julio de 2018

Correspondencia:

JAPCV, japerez@
conamed.gob.mx

Conflicto de intereses:

El autor declara
que no tiene.

Citar como: Pérez Castro
y Vázquez JA. *El concepto
de víctima relacionado
con los contenidos del
artículo: Eventos adversos
y burnout en profesionales
de una clínica de atención
primaria.* Jiménez FEY,
Alayola SA, Mancebo
HA, Campos CM. Rev
CONAMED. 2018;
23 (2): 66-72. Rev
CONAMED 2018;
23(3): 152-153.

Recibido: 19/07/2018.
Aceptado: 15/08/2018.

Sin duda, el tema de los reportes de eventos adversos es y será motivo de controversias, si bien hay quienes sustentan que estos sistemas deben ser preconizados como la puerta de entrada para establecer líneas de mejora hacia la calidad de la atención del paciente, es una herramienta que se ha instituido como una de las acciones esenciales de la cultura y seguridad del paciente en nuestro país y tiene carácter obligatorio para todos los prestadores de servicios médicos.¹

Siendo este tema de interés para los trabajadores de la salud, y más aún este artículo que se publica en la *Revista CONAMED* que toca un tópico poco explorado relacionado con al *burnout* del profesional de la salud en sus dos aspectos, como causa de los eventos y como consecuencia de los mismos. Dentro del mismo estudio se revisan las causas y las medidas para solventarlo, así como las diversas escalas para determinar el grado de *burnout* del profesional de la salud con resultados sin duda interesantes, sobre todo porque abren la posibilidad de líneas de investigación más amplias sobre los eventos adversos.²

Adicionalmente y como motivo de la comunicación, me refiero al uso de la palabra *víctima* dentro del texto, que es un término poco usado en México en el contexto que el artículo señala y menos aún relacionado con la medicina, que si bien es de uso común tratándose de asuntos de derechos humanos (excepto en salud), acuñado como se refiere en el artículo de referencia de la literatura estadounidense y española, en nuestro país tiene acepciones relacionadas con el daño ocasionado más que con el fortuito, que sería la forma en que puede o podría relacionarse con el paciente, médico e institución como sujetos de los eventos adversos. Tómese como ejemplo el *Diccionario del español usual en México*: «víctima s. f. 1. Persona o animal que sufre algún daño físico o moral, o que muere a causa de los maltratos o actos nocivos de

otro, o como consecuencia de algún hecho adverso como un accidente, o un desastre natural, etc.: la *víctima* de un robo, las *víctimas* de la injusticia, 2. Persona *víctima* propiciatoria ...».³

Baste para ello señalar que aun siendo una sola palabra, la referencia al término de *víctima* oculta realidades disímiles y sentidos contrapuestos, con fuertes implicaciones en dominios tan diversos como el psicosocial, el comunitario, el jurídico y el político, donde es preciso estar atentos al uso de la connotación y de donde también puede destacarse que quizás es preferible «evitar su uso, por un lado, con base en la necesidad de las personas de no ser estigmatizadas por un término y por otro lado, para impedir la impunidad y la desmemoria reconociendo y reconociéndose no sólo el sufrimiento, sino la condición de los actores en procura de que se les haga justicia...»⁴

Existe además otra postura que indica que «el uso del término de *víctima* tiene *per se* encubierta una intención reparatoria de la sociedad... la misma palabra se relaciona con la persona que sufre o es lesionada por otra que actúa movida por una gran variedad de motivos o circunstancias».⁵

En resumen, nada más alejado del problema de un evento adverso, cuyo reporte debe ser tomado como una oportunidad para que los actores revisen las causas y los efectos de sus actos y se realice una acción de mejora que evite en lo posible el daño o la recurrencia de éste, lo que es o sería la opción para que pueda repararse dicho daño en forma directa

o indirecta y no «patologizar» la «posibilidad» del sufrimiento del trabajador de la salud y evitar el círculo de victimarios-víctimas como una cadena, recordando que la victimización como un probable acierto hoy genere un problema en el futuro.

Finalizo señalando que todos los términos tienen diferentes connotaciones y aun cuando sean realmente útiles, deberán aplicarse según el contexto en que se requieren, evitando segundas o terceras implicaciones, lo cual es más que recomendable en el caso de eventos adversos.

Si bien alguien está consciente de las consecuencias que conlleva el estar involucrado en un evento adverso, enfrentarlo y analizarlo, es a todas luces recomendable no estigmatizarlo con un término.

BIBLIOGRAFÍA

1. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacionestablecimientos/modelo_de_seguridad/acciones_ModeloCSG/AESP-ModeloSP-CSG-15.09.17.pdf1
2. Abd Elwahab S, Doherty E. What about doctors? The impact of medical errors. *Surgeon*. 2014; 12 (6): 297-300.
3. Fundación Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Disponible en: http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/diccionario-del-espanol-usual-en-mexico--0/html/39c5245d-124e-4a52-8213-d7722afefa55_28.html#l_47_.
4. Rodríguez-González A. El concepto de víctima. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/libros-aen/coleccion-estudios/violencia-y-salud-mental/parte1-algunos-conceptos-sobre-la-violencia/37-el-concepto-de-victima.pdf>
5. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3104/13.pdf>.

Respuesta de los autores

Authors' response

Esther Mahuina Campos-Castolo,* Elisa Yazmín Jiménez-Flores,*
Alejandro Alayola-Sansores*

* Departamento de
Informática Biomédica.
Facultad de Medicina,
Universidad Nacional
Autónoma de México.

Correspondencia:
EMCC, dibfm@unam.mx

Conflicto de intereses:
Los autores declaran
que no tienen.

Citar como: Campos-
Castolo EM, Jiménez-
Flores EY, Alayola-
Sansores A. *Respuesta
de los autores.* Rev
CONAMED 2018;
23(3): 154-155.

Recibido: 06/08/2018.
Aceptado: 13/08/2018.

Apreciado Editor:

En relación con la carta publicada por Pérez Castro y Vázquez, me permito hacer los siguientes comentarios:

El término «víctima» puede tener acepciones diversas y que pueden generar ciertas reacciones, especialmente en países como el nuestro, que cuenta con una legislación específica para la atención de víctimas. Sin duda puede tener las connotaciones legales y éticas desfavorables, sin embargo, a falta de un término alternativo, en el contexto específico sobre seguridad del paciente y sustentado en la amplia investigación desarrollada por Mira y colaboradores, se ha aceptado el concepto de *segunda víctima* para *todo profesional de salud que se ha visto involucrado en un evento adverso con diferentes consecuencias físicas y psicológicas*.¹

En un contexto relacionado, en 1993 se describió el «síndrome clínico judicial», como las «alteraciones físicas, psíquicas y morales que se pueden producir» y que «modifican el estado de salud de un individuo que se ve sometido a una situación procesal desde un inicio (citación, demanda), durante sus distintas etapas (conciliación, mediación, juicio, sentencia) y/o después de haber concluido».²

Las situaciones en las que se produce afectación a un paciente, con o sin responsabilidad médica y en ausencia o presencia de una demanda judicial, son un tema de mejora tanto de la calidad de la atención a los pacientes como de la calidad de vida relacionada al trabajo de los profesionales de la salud.³

Los consecuencias que enfrentan los profesionales identificados como segundas víctimas del evento adverso incluyen «depresión, ira, cansancio, deseo de cambiar de servicio para evitar errores futuros, situaciones legales, ausentismo laboral, insomnio, estrés, temblores», entre otras. Estas alteraciones presentan un espectro de afectación progresivo y se han catalogado en seis fases, descritas en conjunto como *síndrome postdemanda legal*.⁴

Se estima que en Estados Unidos, la probabilidad de que un médico a los 65 años haya recibido una queja por mala práctica fluctúa desde 75% en especialidades de bajo riesgo, hasta 99% en las de alto riesgo,⁵ por lo que la preparación de los profesionales de la salud para desarrollar resiliencia ante estas situaciones, es una necesidad creciente, que posiblemente deberá abordarse desde la formación de pregrado y postgrado.

Se ha demostrado que una cultura organizacional punitiva donde los profesionales de la salud se autoperciben como sujetos aislados y poco valorados, genera despersonalización,

agotamiento emocional (*Burnout*) y disminuye la calidad de la atención proporcionada al paciente. En el otro extremo, en las organizaciones que han desarrollado una Cultura de Seguridad del Paciente y muestran compromiso, aprecio y empatía hacia su personal, tienen mejor salud, mejor ánimo y la calidad del trabajo es mucho mayor.³

El registro no punitivo de los eventos adversos, aunado a la evaluación de los factores que los originan, que deriven en la implementación de protocolos de acción que permitan la reparación del daño a los pacientes afectados, el apoyo de la Dirección a los profesionales afectados, la enseñanza de métodos de manejo del estrés, la creación de redes de apoyo ante la inseguridad profesional, la formación en afrontamiento de errores y el apoyo legal, dotan al profesional de salud de las herramientas para lograr no sólo el adecuado afrontamiento de los eventos adversos, sino que además aumenta el sentimiento de control y la satisfacción laboral, lo cual redundará en mejores prácticas.^{4,6}

Consideramos que el tema tiene un extenso campo de investigación donde se pueden proponer nomenclaturas alternativas a «segundas víctimas», con términos sin las implicaciones psicosociales, filosóficas e incluso potencialmente legales.

La profundización de la investigación enfocada en los aspectos psicológicos (como el que proponemos en esta investigación) y organizacionales que pueden ser grandes predictores sobre la incidencia de los eventos adversos, tiene el claro potencial de ser un factor crítico para su prevención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Segundas y terceras víctimas. Proyecto de investigación. [Internet] España (2016) [Acceso 30 julio de 2018]. Disponible en: <http://www.segundasyvictimas.es/>
2. Martínez RA, Chávez RS, Ortega LE. Síndrome de postdemanda judicial. Rev CONAMED. 2016; 21 (1): 21-24.
3. Rodríguez MJ. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. Rev Calidad Asistencial. 2010; 25 (6): 318-320. doi: 10.1016/j.cali.2010.09.002
4. Pérez C, Vázquez JA. Acerca del "síndrome de postdemanda judicial". Rev CONAMED. 2016; 21 (2): 104.
5. Hospital Juárez de México, Blog Oficial. Segundas víctimas en seguridad del paciente, el personal de salud. [Internet] México. (2017). [Acceso 30 Julio de 2018]. Disponible en <http://hospitaljuarezdemexico.blogspot.com/2017/06/segundas-victimas-en-seguridad-del.html>
6. López-Araújo B, Osca-Segovia A, Rodríguez Muñoz MF. Estrés de rol, implicación con el trabajo y Burnout. Rev Latinoam Psicol. 2008; 40 (2): 293-304.

INFORMACIÓN • 2017

Estadística

CONAMED

75
AÑOS
1943-2018

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

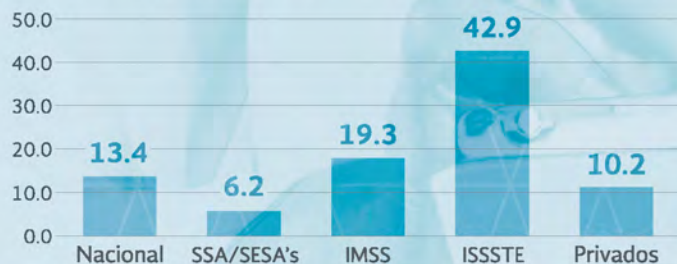


CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Relación de asuntos recibidos y asuntos concluidos según tipo¹

Tipo de asuntos	recibidos	concluidos
Orientaciones	22,975	22,975
Asesorías especializadas	8,770	8,769
Gestiones inmediatas	5,769	5,767
Quejas	3,345	3,801
Dictámenes para procuración de justicia	603	699
Opinión técnico médica	174	162
Total	41,636	42,173

Índice de inconformidades* por cada diez mil egresos según institución involucrada¹



* Incluye: quejas, gestiones inmediatas y dictámenes.

Distribución porcentual de la queja médica según los principales servicios médicos involucrados¹



www.gob.mx/conamed

¹ Datos obtenidos: CONAMED Plataforma de Registro de Quejas Médicas y Dictámenes, 2017

Carta de Consentimiento válidamente informado

75
1961-2016

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Es la decisión libre y voluntaria realizada por un paciente.

Donde acepta las acciones diagnósticas y terapéuticas sugeridas por su médico.

CRITERIOS QUE DEBE CUMPLIR

Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento. ✓	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado. ✓	Nombre completo y firma del paciente o huella digital, si su estado de salud lo permite, de lo contrario, el nombre y firma del familiar más cercano, del tutor o del representante legal. ✓
Nombre, razón o denominación social del establecimiento. ✓	Consecuencias posibles o seguras, riesgos típicos personalizados, y contraindicaciones. ✓	Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento, y los datos del médico tratante. ✓
Título del documento. ✓	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva. ✓	Nombre y firma de dos testigos. ✓
Lugar y fecha de emisión. ✓		
Diagnósticos completos. ✓		
Acto autorizado. ✓		
En qué consiste y qué acción terapéutica. ✓	Posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee. ✓	

El consentimiento válidamente informado deberá ser impreso, redactado en forma clara, sin abreviaturas, enmendaduras o tachaduras.

Ingreso hospitalario.	Eventos mínimos que requieren de carta:	Necropsia hospitalaria.
Procedimientos de cirugía mayor.		Investigación clínica en seres humanos.
Procedimientos que requieran anestesia general o regional.		Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
Salpingoclasia y vasectomía.		Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
Donación de órganos, tejidos y trasplantes.		

El consentimiento válidamente informado no sólo es un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el médico.

Referencias:

Secretaría de Salud. Artículos 80, 81, 82 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación; 14-05-1986. Texto vigente. Última reforma publicada el 19-12-2016; [acceso el 24-05-2018]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/html/wo88536.html>
Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Texto vigente. [acceso el 24-05-2018]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Consentimiento Válidamente Informado. 2ª edición. Noviembre del 2016. México.

gob.mx/conamed

Mitla 250, Vértiz-Narvarte, Ciudad de México 03600, 01 (55) 5420 7000

Curso sobre Prevención del conflicto derivado del Acto Médico

CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Facultad de Medicina



Del 2 de octubre al 6 de noviembre, 2018. 15 - 18 h.

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

Sólo para profesionales de la salud
médicos, enfermeros, odontólogos,
generales y especialistas psicólogos
y de trabajo social que trabajen en
instituciones hospitalarias.

Instalaciones de la CONAMED
(4° piso), Mitla 250 col. Vértiz-Narvarte
Ciudad de México. Informes e
inscripciones: 01(55) 5420-7148,
01(55) 5420-7102, 01(55) 5420-7093
www.gob.mx/conamed