

CIRUGIA PLASTICA

Volumen 14
Volume

Número 1
Number

Enero-Abril 2004
January-April

Artículo:

Atención de labio y paladar hendidos
en la población marginada de México.
Gestión 2000-2003

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, AC

Otras secciones de
este sitio:

- 📖 Índice de este número
- 📖 Más revistas
- 📖 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 📖 *Contents of this number*
- 📖 *More journals*
- 📖 *Search*



medigraphic.com

Atención de labio y paladar hendidos en la población marginada de México. Gestión 2000-2003

Dr. Ignacio Trigós Micoló,* Dra. María Eugenia Guzmán y López Figueroa,** Dra. Laura Gutiérrez Soriano***

RESUMEN

Al término de una gestión como directivos del Programa Nacional de Cirugía Extramuros, que se prolongó los últimos 4 años y con el objetivo de actualizar la información de las actividades realizadas en la atención de pacientes con labio y paladar hendido en dicho programa, presentamos la actualización de los resultados obtenidos, así como un análisis de lo que se realizó en las diferentes entidades federativas del país.

Palabras clave: Atención en México, labio y paladar hendidos, cirugía extramuros.

SUMMARY

In December 2003, the authors of this paper finished a 4-year-term as directors of the Mexican Health Department's National Program of Extramural Surgery. In this paper the up-dated results obtained by the attention of Cleft Palate patients are presented and a critical analysis of the results in the different states of the Mexican Republic are discussed.

Key words: Attention in Mexico, cleft lip and palate, extramural surgery.

INTRODUCCIÓN

En la población mexicana existe un alto índice de pobreza, aislamiento y marginación social. En los estados donde trabajamos en los últimos cuatro años y de acuerdo con los reportes de la CONAPO,¹ se considera como población blanco del programa, exclusivamente a la población con muy alto grado de marginación y pobreza, integrada, en números redondos, por 10 millones de mexicanos, que dada su condición socioeconómica —entre otras limitaciones— no tienen acceso a los servicios especializados de salud. Además de esta realidad, existe el hecho de que los servicios especializados de salud son costosos y se encuentran

centralizados en las grandes urbes, por lo que para los pacientes pobres económicamente les es imposible atenderse y les significa una gran dificultad el trasladarse y alojarse, tanto a ellos como a sus familiares. También influye negativamente su idiosincrasia y resistencia a dejar, aunque sea temporalmente, su casa y labor, independientemente de su natural desconfianza a las grandes ciudades y la falta de apoyo de las mismas. Por esas y otras razones, los pacientes en dichas condiciones, no reciben en nuestro medio los tratamientos acordes a la época actual.

Ortiz Monasterio,² en 1974, mencionó que la opción más práctica para atenderlos era la de acercar a los cirujanos a los pacientes, llevarlos a sus propias comunidades para ahí atenderlos y hacerlo con sentido de solidaridad y en forma altruista. Este concepto sigue siendo válido desde entonces. En 1989, la Secretaría de Salud aceptó la idea de ayudar a solucionar este rezago a través del Programa de Cirugía Extramuros.³ Con esa idea, las acciones terapéutico-quirúrgicas se han llevado a cabo por diferentes grupos y en diferentes condiciones en forma constante hasta la fecha.

* Cirujano Plástico, Académico Titular Academia Mexicana de Cirugía. Ex Director del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA.

** Ex Jefe del Departamento Zona Sur del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA.

*** Ex Jefe del Departamento Zona Norte del Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA.

A partir de febrero del año 2000, hasta diciembre de 2003, los autores de este reporte tuvieron la oportunidad de dirigir el programa a nivel nacional, incrementando considerablemente sus acciones resolutivas. Ahora, al término de esa gestión, se presentan los logros obtenidos en la atención de los pacientes con fisura a lo largo y ancho del país.

En un artículo publicado en esta revista, expusimos un análisis de la incidencia, prevalencia y atención del problema de labio y paladar hendido en México,⁴ y por lo referido, debemos reconocer que el modelo de atención de estos pacientes en México, aunque hemos mejorado, ha sido relativamente eficiente y todavía tenemos un gran rezago que atender en muchas áreas del país.

Hablar de resultados y números fríos, aunque reflejan un gran avance, no representan la realidad de los beneficios globales proporcionados por el programa. Debemos reconocer que para los pacientes y sus familiares que se encuentran en condiciones de aislamiento y marginación, la oportunidad de recibir tratamiento especializado en sus propias comunidades, sigue siendo en 2004, *su única opción de tratamiento*.

Para los encargados de proporcionar los servicios (grupos médico y paramédico), además de ayudar directamente, representa una oportunidad de rescatar la mística de servicio de nuestra profesión. Participar en este programa es una experiencia muy satisfactoria, plagada de vivencias y, de parte de los pacientes y sus familiares, un gran sentimiento y reconocimiento de la labor del grupo médico y de los beneficios recibidos, lo cual, es manifestado frecuentemente por muestras y testimonios de agradecimiento que engrandecen el espíritu y la natural vocación de servicio del gremio médico nacional.³

El objetivo de esta comunicación es actualizar la información recabada por el Programa de Cirugía Extramuros respecto a los avances logrados a nivel nacional en el área de atención del labio y paladar hendidos.³⁻⁵ En éste presentamos los resultados obtenidos en este campo en el año 2003. Se pretende también, reconocer la participación de gran número de organizaciones y personas que contribuyeron en esta labor y al mismo tiempo, hacemos un nuevo llamado a todos los médicos especialistas de esta área, para los que no lo han hecho, se puedan sumar a las acciones resolutivas del Programa de Cirugía Extramuros en cualquier lugar de México, ya que este noble programa continúa sus actividades.

Metodología de acciones

En el Programa de Cirugía Extramuros, la cirugía se realiza mediante la organización de campañas quirúr-

gicas. Éstas, son eventos que se programan en forma intensiva, en tres a cuatro días de trabajo en los que se concentra a los pacientes previamente valorados y programados en el hospital sede. En dicho centro se concentran también los cirujanos, anestesiólogos, enfermeras y demás personal de apoyo que participará en su atención. Este personal especializado, tiene un coordinador de actividades de cada campaña, que es el directamente responsable profesional de la atención de los pacientes y es el encargado de haber estudiado y programado a los pacientes tanto en su localidad como en Cirugía Extramuros.

Con dicha programación, se pueden recibir y administrar los insumos correspondientes para la cirugía programada y, en caso necesario, recibir también los viáticos y pasajes del personal central que se movilizará para efectuar la campaña. El coordinador es responsable también del control y seguimiento de los pacientes y de rendir informes de lo realizado por su equipo.

Las campañas quirúrgicas son de dos tipos, según el personal participante. Se llaman Federales –cuando se transporta personal desde la ciudad de México– o Locales, cuando los especialistas que trabajarán en la campaña son de la propia entidad. En ambos casos los insumos son centrales.³

RESULTADOS

En 1999, según se reportó en su momento, se efectuaron 270 procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de labio y paladar hendidos. En el año 2000, al arranque de nuestras funciones, logramos incrementar de manera importante el número de cirugías, al realizar 1,501 procedimientos solamente en el campo del labio y paladar hendidos. Este notable incremento se debió a la sensibilización que logramos hacer para la integración de varios grupos quirúrgicos, que algunos ya venían funcionando tiempo atrás, en acciones independientes y sin apoyo oficial directo.³

Para el año 2001, las acciones generales del programa en otras especialidades crecieron ampliamente y sobrepasamos las metas establecidas, al efectuar 14,343 cirugías en ese año. En el campo de los pacientes fisurados, mantuvimos el ritmo del año anterior y se efectuaron otros 1,581 procedimientos quirúrgicos en 17 diferentes entidades federativas.¹ Un ritmo creciente mayor se llevó a cabo en el año 2002, en que se practicaron 2,140 procedimientos quirúrgicos en pacientes con estas alteraciones congénitas, incluyendo a nuevas entidades federativas de la república mexicana, que llegaron a ser 20 en total.⁴

Las actividades de esta gestión culminaron en el año 2003, con 3,995 procedimientos quirúrgicos

de esta patología, realizados en 24 estados. Durante este último año, se llevaron a cabo 41 diferentes campañas de labio y paladar hendidos, las cuales tuvieron 12 diferentes coordinadores, habiendo trabajado en 25 entidades federativas diferentes. No se presentaron complicaciones mayores de ninguna especie. Lo realizado en esos cuatro años nos da un gran total de 9,217 procedimientos quirúrgicos llevados a cabo en poco más de 5,000 individuos, en 27 entidades diferentes de la república mexicana (*Cuadro I*).

La calidad de los resultados obtenidos en la atención de los pacientes es muy halagadora, conforme lo manifestaron ellos mismos en una encuesta específica practicada constantemente. Los datos de satisfacción de los servicios recibidos y reportados por los pacientes y/o sus familiares, así lo demuestran. En el estricto control y seguimiento de la mayoría de los casos, los problemas secundarios observados (complicaciones), caen dentro de los promedios aceptados, por lo que es satisfactorio comunicar que el porcentaje de complicaciones menores de estas cirugías encontradas en nuestros casos, no sobrepasan los reportes conocidos.⁶ En los más de 5,000 pacientes intervenidos con anestesia general, en el 96% se presentaron dos complicaciones mayores con el fallecimiento de dos niños, uno en Guerrero en el año 2000 y otro en Campeche en el año 2001. En ambos casos se detectaron en el preoperatorio malformaciones congénitas asociadas, uno de ellos en el aparato respiratorio y en el otro en el cardiovascular.

En el artículo "Análisis de la incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendidos en México", publicado en el año 2003,⁴ hicimos mención de los datos disponibles en nuestro medio, de frecuencia y atención nacional de los pacientes con estas alteraciones y expusimos los logros obtenidos hasta 2002 para la población blanco del Programa de Cirugía Extramuros. En ese artículo se hizo énfasis en los resultados logrados en las diferentes áreas geográficas del país, donde vamos bien y en las que requerimos reforzar la atención en este campo. Pasado un año más, habiendo realizado 3,995 procedimientos quirúrgicos (un incremento cercano al 200% del año 2002) y habiendo terminado nuestra gestión como directivos del programa, consideramos importante reportar los avances logrados en este campo y actualizar la información a la fecha. Como se puede apreciar en el *cuadro I*, los estados que tuvieron constante y creciente participación en estos años, son: Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Hidalgo, México, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, San Luis Potosí y recientemente, Morelos y Yucatán.

Grupos de trabajo y reconocimientos

Los grupos locales activos en este periodo de cuatro años, fueron: Baja California (Dr. Lino), Coahuila (Dra. Casillas), Chiapas (Dr. Paredes y Dr. León), Chihuahua (Drs. Favela, Theurell, Modesto y Paz Murga), Distrito Federal (Drs. León, Gálvez, Ochoa, Mendoza, Molina, Maya, Tovar, De la Peña, Ortiz Monasterio, Pérez Ávalos y Dra. A. Pérez), Durango (Dr. Ávila Lucero), Guerrero (Dra. G. Lara y Dr. Gálvez), Jalisco (Instituto de Cirugía Plástica), Michoacán (Dr. Mena Olalde), Morelos (Dra. M. Valtierra), Puebla (Drs. Rivas, García Gavito, Harfield y Aceves Luna), San Luis Potosí (Drs. Medina, Azcárate y Gómez Otero), Tamaulipas (Dr. Chaires), Tlaxcala (Dr. B. Domínguez) y Yucatán (Dra. M. Flores).

Cuadro I. Atención de cirugía extramuros del labio y paladar hendidos 2000-2003.

Entidad federativa	Cirugía realizada			
	2000	2001	2002	2003
Baja California	—	—	33	—
Campeche	93	156	67	113
Coahuila	74	116	191	276
Chiapas	90	289	312	410
Chihuahua	18	—	96	280
Distrito Federal	72	32	67	25
Durango	93	—	50	60
Guanajuato	203	126	209	150
Guerrero	28	12	22	165
Hidalgo	—	150	111	158
Jalisco	—	—	—	703
México	11	26	37	68
Michoacán	101	65	—	44
Morelos	—	—	—	169
Nayarit	—	4	—	—
Oaxaca	76	47	156	294
Puebla	163	201	243	195
Querétaro	—	—	—	20
Quintana Roo	164	148	229	263
San Luis Potosí	91	95	87	122
Sinaloa	117	52	46	65
Tabasco	—	—	—	80
Tamaulipas	—	16	17	74
Tlaxcala	—	—	124	75
Veracruz	115	45	—	85
Yucatán	—	—	42	101
Zacatecas	4	1	1	—
Total en 25 entidades	1,501	1,581	2,140	3,995

Total en el país: 9,217 procedimientos en cuatro años

Las entidades federativas que recibieron apoyo central fueron Campeche (Dr. Ruiz), Chiapas (Dr. León y Ruiz), Guanajuato (Dr. De la Peña, Dr. León, Dr. Gálvez), Guerrero (Dr. Molina), Hidalgo (Drs. Vallarta y Ruiz), México (Drs. Gálvez y León), Oaxaca (Drs. Mendoza, A. Pérez y R. Ruiz), Querétaro (Dr. Ortiz Monasterio), Quintana Roo (Drs. Maya, Tovar y Ruiz). Reconocimiento particular se debe otorgar a todos los médicos y resto del personal de apoyo participantes a lo largo y ancho del país.

Especial reconocimiento debe otorgarse a la Fundación TELMEX y sus directivos por apoyar económicamente y en logística al Programa, ya que esta noble institución proporciona, a través del Grupo Carso, un muy alto porcentaje de los insumos requeridos para el funcionamiento del Programa. También se debe reconocer el apoyo de las autoridades sanitarias que han participado, tanto a nivel federal como estatal y municipal. El apoyo de algunos grupos sociales también se debe destacar.

ANÁLISIS ESTATAL ESPECÍFICO

Aguascalientes. Este estado no participa en el Programa, ya que su población blanco es muy baja y por lo tanto, la incidencia y prevalencia de labio y paladar hendidos son de las cifras más bajas del país y se encuentran prácticamente cubiertas por los servicios estatales de salud.

Baja California. La situación particular de esta entidad federativa está directamente relacionada, por un lado a la población flotante de la frontera y por el otro a lo disperso del resto de su población de fuera de la franja fronteriza. Existe además una alta concentración de cirujanos que atienden y han atendido por muchos años a la población marginada del estado en forma permanente y altruista. En Baja California existen clínicas de LPH bien organizadas y con apoyos de diversas instituciones nacionales y extranjeras que han atendido a los pacientes con LPH ofreciendo tratamientos integrales y multidisciplinarios de gran calidad. Un ejemplo de lo anterior es la Clínica del Hospital del Niño de las Californias, en Tijuana, que cuando se ven sobrepasados por la demanda o afluencia exagerada de pacientes, entonces, debidamente programados y planeados, concentran a los pacientes rezagados y se organizan campañas específicas, debidamente coordinadas, con apoyo central y como parte del programa, que en jornadas intensas, atienden a los pacientes y les solucionan los problemas, asegurando el control y seguimiento posterior por el grupo local. Esta forma de trabajo es un claro ejemplo de organización que repercute en beneficio de todos y es

digna de tomarse en cuenta como estrategia de acción altamente productiva en todos los sentidos. Ojalá existieran más grupos como el encabezado por el Dr. Lino en Tijuana BC y se integraran en acciones sinérgicas al Programa de Cirugía Extramuros.

Baja California Sur. Es uno de los estados de la república con menor población y por informes directos del Dr. Zúñiga (presentados durante un Simposio en el Congreso Nacional de Labio y Paladar Hendidos y Deformidades Craneofaciales celebrado en Cuernavaca Morelos, en 2003,⁷ y en el Simposio del Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en Monterrey 2004,⁸ en donde la Clínica Estatal concentra en la ciudad de La Paz BCS a todos los pacientes de escasos recursos. De esta forma, tiene cubierta su área de influencia y control a nivel estatal, en acciones permanentes, que no requieren campañas quirúrgicas específicas mientras sigan siendo autosuficientes.

Campeche. En los últimos cuatro años, la actividad estatal en la atención de LPH en esta entidad ha tenido una labor creciente, desempeñada primordialmente en campañas centrales a cargo del Dr. Ruiz, del grupo de la Facultad de Odontología de la UNAM y como se observa en el *cuadro I*, salvo en el año 2002 en que, por efectos del ciclón que afectó a esta entidad en ese año, las acciones han sido efectivas y se ha sobrepasado la cobertura de la incidencia y prevalencia teórica de la población blanco del programa, por lo que podemos afirmar que la labor desempeñada ahí es satisfactoria con un buen control y seguimiento de los casos atendidos. Desgraciadamente en esta entidad es en donde se reporta una de las dos complicaciones mayores ya relatada en el año 2000. Para seguir adelante y mantener los niveles alcanzados en Campeche es necesaria la consolidación de acciones locales de los grupos especializados en esta área para hacerse cargo integralmente de los pacientes de esa entidad.

Coahuila. Ha sido una entidad modelo en sus acciones globales en la atención a la población marginada del estado tanto en esta especialidad como en el resto de las especialidades quirúrgicas que abarca el Programa. A nivel nacional, Coahuila ha ocupado los últimos cuatro años el segundo lugar de producción de eventos quirúrgicos gracias al apoyo de las autoridades y del gremio médico local. En LPH, dado su bajo porcentaje de población de muy alta marginación (0.61%) de su población total es el estado que se reporta como el tercer lugar de porcentaje de cobertura a nivel nacional después del DF y de Tlaxcala. Coahuila tiene teóricamente cubierta a toda su población blanco en LPH.^{1,4}

Colima. No ha tenido actividad que reportar.

Chiapas. Por las acciones desarrolladas se debe acreditar a las autoridades locales y al Dr. M. Paredes el constante incremento de cirugías resolutivas en este campo. La organización del grupo médico y paramédico de la clínica estatal debe servir como ejemplo. Para apoyar dichas actividades el grupo de cirujanos del centro del país siempre ha apoyado a Chiapas, tanto en grupos quirúrgicos de la Academia Mexicana de Cirugía con los Drs. A. González y S. Zenteno, como de la Asociación Mexicana de LPH y Anomalías Craneofaciales con el Dr. A. León y de la UNAM, con el Dr. R. Ruiz. En este estado, se encuentra el porcentaje mayor de población de muy alta marginación, que llega al 36.75% de su población total por lo que, el número de pacientes en dicha entidad es muy alto y a pesar de que se han incrementado considerablemente las cirugías, todavía existe un rezago importante de pacientes por atender. Así que, es un área en que las acciones se deben incrementar, a pesar de que en el año 2003 ocupó en productividad el segundo lugar nacional de atención de este problema, pero por el número de pacientes y por las circunstancias económico-socio-geográficas y culturales del Estado, tenemos mucho que hacer en el futuro en el estado de Chiapas.

Chihuahua. Tradicionalmente ha sido un estado cubierto por grupos de especialistas locales, como en el pasado lo hizo el Dr. G. Ramos que desde las primeras etapas del programa se integró hace más de 20 años. Recientemente han aumentado de manera considerable las acciones, gracias a participaciones tanto de individuos (Dr. Favela), como del Colegio Estatal de la especialidad (Drs. Modesto y Paz Murga). En el año 2003, las cirugías realizadas se incrementaron en 300%, comparativamente con el año anterior, a pesar de las dificultades geográficas de las zonas de las barrancas, de las etnias locales y de las distancias. En Chihuahua se tiene como ejemplo a destacar, una sobresaliente actividad controlada por los médicos locales, que en sinergia con grupos extranjeros atienden a sus casos, asegurando el control por los médicos locales como la supervisión y control de los pacientes por parte de los médicos especialistas de la propia entidad. Es digno de destacarse también el apoyo de los hospitales del sistema IMSS solidaridad y del interés de las autoridades sanitarias de la entidad (Drs. F. Weber y J. Lozano) que han facilitado la realización de campañas tanto en esta área como en otras especialidades.

Distrito Federal. Destacadas han sido las participaciones de los grupos médicos especialistas del Hospital General de México, del Hospital M. Gea González

y de los Académicos de la Academia Mexicana de Cirugía, a los cuales debemos de sumar las acciones de otros grupos como los especialistas del Instituto Nacional de Pediatría, del grupo de Operación Sonrisa, del de Brimex en el Hospital ABC, de los especialistas del Hospital Ángeles Clínica Londres, del grupo Nuevo Amanecer, de los de la Facultad de Odontología de la UNAM, del Hospital Infantil Dr. Federico Gómez y del grupo de Médica Sur, del Centro Hospitalario 20 de Noviembre del ISSSTE y de los grupos Solidaridad del IMSS. Por tener su sede en esta localidad y por lo que ha significado en las labores anuales en la atención de LPH, es preciso señalar también la sobresaliente actividad del grupo de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, de la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Deformidades Craneofaciales y recientemente de la Asociación Mexicana de Cirugía de la Mano, que también tienen campañas específicas. Todos ellos han llevado a cabo exitosas y continuas campañas quirúrgicas tanto en la ciudad de México como en apoyo a otras entidades federativas.

Durango. En la ciudad de Durango existe un centro hospitalario específico administrado por el DIF estatal en donde se concentran pacientes, no sólo del propio estado sino de su área de influencia a estados vecinos, para llevar a cabo campañas específicas y permanentes de varias especialidades quirúrgicas, como oftalmología, ortopedia y cirugía reconstructiva. La actividad permanente en atención de pacientes con LPH la lleva a cabo, desde hace varios años, el Dr. Ávila Lucero quien constantemente a través de la clínica ahí instalada, atiende a sus pacientes y cuando es necesario, organiza campañas locales con apoyo central, similar al ejemplo relatado en Baja California.

Guanajuato. Aquí las acciones han sido permanentes y es una de las entidades en que las autoridades sanitarias estatales han mostrado mayor integración con el Programa (Dr. E. Ramírez Barba). Los grupos locales siempre se han sumado a la atención de pacientes y si queremos progresar, lo ideal para el futuro sería que fuera una responsabilidad de los médicos de la entidad la integración de una clínica con apoyo estatal, incluyente y que trabajara en forma permanente, con o sin apoyo central, pero coordinada localmente, ya que la infraestructura del estado lo permite, sólo falta el compromiso y la determinación. Debido a su gran número de población estatal (más de 5 millones de habitantes) y al porcentaje de muy alta marginación del estado, que se reporta en un 5% de la población, hasta la fecha, por las cifras reportadas (*Cuadro I*), en Guanajuato hemos cubierto solamente al 50% de nuestra población blanco, a pesar de que

grupos centrales (Nuevo amanecer del Dr. A De La Peña) que realizan dos campañas de atención a estos pacientes al año y de las actividades solidarias de M. Velázquez, en Celaya, para el futuro del estado y de su población, es determinante incrementar la cirugía, aprovechando la disposición estatal y organizando a los grupos de especialistas locales.

Guerrero. Ocupa el cuarto lugar nacional de población de muy alta marginación, presenta dificultades geográficas para su acceso terrestre, además de contar con escasa infraestructura instalada. Todos estos factores marcan la necesidad de atender más eficazmente a estos mexicanos. Es un lugar en el que debemos reforzar nuestras actividades, a pesar de que en el último año, éstas se incrementaron considerablemente, ya que se efectuaron 165 procedimientos quirúrgicos de LPH en 2003, pero hasta ahora, no hemos cubierto ni el 10% de sus necesidades en el campo de los pacientes con LPH. Esto se tiene que reforzar. He ahí un campo donde canalizar adecuadamente nuestros esfuerzos.

Hidalgo. Con una población de cerca de 2.5 millones de habitantes y un porcentaje de alta marginación de más del 18% de su población, implica que tenemos muchos pacientes que atender en esta entidad y que por lo hasta ahora realizado, tenemos un rezago que cubrir en Hidalgo en donde se ha atendido apenas el 22% de las necesidades de esa población altamente marginada.

Jalisco. Desde hace varios años en el estado se ha implementado el programa del "Cirujano te visita" pero no fue sino hasta 2003 en que sus acciones se sumaron al Programa de Cirugía Extramuros y se ha podido, en sinergia con Cirugía Extramuros, ampliar las acciones que siempre ha llevado a cabo el grupo del Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco, capitaneado por el Dr. J. Guerrero Santos. Ahora, con apoyo del Programa para facilitar los insumos requeridos para éstas y otras cirugías, esperamos incrementar las acciones e incluso apoyar a otras entidades. Haber reportado y realizado por los cirujanos locales de Jalisco 703 procedimientos en el año 2003, es un gran logro conjunto y un gran ejemplo, digno de imitarse.

México. Rodeando al Distrito Federal y comparando muchas áreas conurbadas, esta entidad federativa presenta la mayor concentración de población a nivel nacional, con poco más de 13 y medio millones de habitantes y con índice de gran marginación catalogado en 2.71% de su población que significan 370 mil potenciales pacientes de todas las áreas del programa, de los cuales tendremos un mínimo de 550 pacientes de LPH que atender entre esa población y sólo hemos reportado un promedio de 42 procedi-

mientos quirúrgicos de esta patología por año. Pensamos que por la cercanía y las facilidades de transporte y acceso al DF, tal vez algunos pacientes se atiendan de esa forma pero, sabemos que todavía existe un gran rezago y que debemos reforzar acciones en dicha entidad.

Michoacán. La situación particular de esta entidad es que siendo un estado con carencias y una población numerosa con alrededor de 4 y medio millones de población total y un 8% de ellos con alta marginación, requiere nuestro apoyo. En cada uno de los cuatro años anteriores, Michoacán ha efectuado menos cirugías de LPH cada vez, a pesar de que en el Hospital del Niño en Morelia existe una gran motivación y estructura para la atención de estos pacientes, encabezada por el Dr. J. Mena Olalde y a que existen en la entidad un buen número de especialistas capaces de atender a los pacientes de su responsabilidad, y además se tiene localmente la posibilidad de canalizarlos a través del DIF estatal para atenderlos en Morelia. Por lo realizado hasta ahora, principalmente por el Dr. Mena, sigue presentándose en esa entidad la participación no controlada de algunos grupos extranjeros que operan pacientes de la región sin supervisión especializada. Esta situación en Michoacán demanda nuestra atención y organización para atender a esos pacientes, conforme a los parámetros establecidos por el grupo mexicano y por el propio Programa de Cirugía Extramuros.⁹

Morelos. A través del tiempo ha venido integrándose una clínica de LPH en la capital del Estado, pero fue hasta el año pasado que las actividades de la clínica y Cirugía Extramuros pudieron establecer contactos que faciliten la colaboración y apoyos para incrementar las acciones resolutorias entre la población blanco a que nos hemos referido, la cual está integrada por un mínimo de 350 pacientes que requieren control y seguimiento estrechos. Gracias a la participación de la Dra. M. Valtierra y del Dr. León, actual Presidente de la Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Anomalías Craneofaciales, que organizó su Congreso Nacional en 2003,⁷ ha sido posible sumar nuestras acciones y así se pudieron llevar a cabo en 2003, cerca de 200 intervenciones quirúrgicas, incluyendo la participación controlada localmente de grupos extranjeros, que conforme el ejemplo mencionado en Chihuahua, se han adaptado a nuestras normas y, conjuntamente con el grupo local, han operado a un número de pacientes con buenos controles y adecuado seguimiento. En Morelos también debemos incrementar nuestra actividad.

Nayarit. Como se puede apreciar (*Cuadro I*), nuestras acciones han sido prácticamente nulas en dicha

entidad, sin embargo, la motivación les ha llegado y existe el firme propósito y proyecto de hacer una buena cantidad de cirugías de esta especialidad en dicha entidad en 2004.

Nuevo León. Existe exactamente la misma situación que en Nayarit, pero las acciones de 2004 ya se iniciaron y gracias a los convenios de colaboración establecidos desde hace años con la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, en febrero de 2004 se efectuaron en Monterrey 40 procedimientos quirúrgicos de la especialidad con motivo de la campaña pre congreso que desde hace años se efectúa. Ojalá estos números se incrementen en Nuevo León con la calidad que todos deseamos y podamos servir a un mayor número de pacientes necesitados de nuestros servicios. La infraestructura local es amplia, sólo falta la motivación y activación de los grupos locales.

Oaxaca. A pesar de ser un estado en que se ha trabajado ininterrumpidamente por los últimos 25 años, existe todavía un gran rezago que atender en estos pacientes, debido a la alta marginación ahí existente que alcanza el segundo lugar nacional, con un 34.38% de su población, lo que ha significado que con nuestras acciones sólo hemos cubierto por debajo del 10% de las necesidades de la población blanco de Oaxaca. Crédito especial se debe otorgar al Dr. M. Mendoza, quien sin descanso y con gran calidad ha atendido a muchos mexicanos y especialmente a los oaxaqueños más necesitados en los últimos 35 años, y ha logrado establecer mecanismos adecuados de control y seguimiento de los pacientes en algunos municipios del estado, que incluso han servido, además de la labor asistencial, para elaborar tesis de posgrado y de maestría, como en el caso de su más cercana colaboradora, la Dra. Araceli Pérez. Gran ejemplo de calidad, tenacidad y entrega nos ha dado "Don Mario". Honor a quien honor merece.

Puebla. En esta entidad en los últimos cuatro años es en donde se ha desplegado la máxima actividad de cirugía, gracias a una precisa organización, un alto sentido de solidaridad y entrega, con resultados, control y seguimiento muy adecuados. Es el modelo a seguir. En LPH, los grupos locales han demostrado su capacidad y alto nivel asistencial, ya que su clínica multidisciplinaria itinerante cubre todos los aspectos de la especialidad, con un promedio arriba de los 1,200 casos de LPH dentro de la población marginada de la entidad. En Puebla sólo se cubre el 25% del número de pacientes que reclaman atención, ya que su población total llega a cinco y medio millones de individuos y presenta un índice del 16% de población con muy alta marginación y pobreza. A pesar de su orga-

nización y destacada actividad, en Puebla existe un rezago muy considerable que merece incrementar las acciones resolutorias en este campo.

Querétaro. Con la determinación en los últimos años de los médicos locales, apoyados por el Dr. F. Ortiz Monasterio, se han logrado cubrir las necesidades estatales con parámetros de calidad, eficacia y eficiencia en esta entidad. Desgraciadamente no hay reportes directos a Cirugía Extramuros de la labor ahí realizada.

Quintana Roo. En este estado del sureste del país, cuya población total gira alrededor del millón de habitantes, con un 7% catalogado como individuos de muy alta marginación, desde hace varios años han trabajado diversos grupos del centro del país, unos en la zona norte y otros en la zona centro sur. Este último grupo encabezado por los Drs. Maya y Tovar, al tener varios años trabajando en esos municipios, han logrado la consolidación de un grupo de trabajo multidisciplinario que prácticamente ha detectado, tratado y controlado, con buen seguimiento, a todos los potenciales pacientes de la población blanco del sur y centro del estado dando un ejemplo digno de imitar en otros sitios. El incremento en las acciones desarrolladas en Cozumel, Playa del Carmen y Chetumal, han dado sus frutos y prácticamente la prevalencia de esta patología ha sido atendida. Por la estructura ya establecida en esas áreas, los nuevos casos se detectan de inmediato y dan la posibilidad de ser atendidos desde muy temprana edad. Es un gran ejemplo de tenacidad, constancia y calidad y también de las bondades y beneficios del programa. Las condiciones en la zona norte del estado, en particular en el área de Cancún en el municipio de Benito Juárez, son diferentes y todavía hay mucho que hacer, a pesar de que en esa región existen concentrados una buena cantidad de cirujanos, que localmente se podrían hacer cargo de una gran cantidad de pacientes que requieren atención y no tener que depender, para atenderlos, de grupos del centro del país.

San Luis Potosí. Con dos y medio millones de habitantes y un 20% de población marginada y en pobreza extrema, esta entidad representa un reto para los cirujanos que pretendan sumarse a desarrollar actividades resolutorias en la población. El grupo local de médicos especialistas, encabezados por los Drs. Medina, Azcárate y Gómez Otero, es un grupo muy bien organizado, con calidad y seguimiento, que lleva a cabo dos campañas anuales en el estado, pero cubren solamente el 10% de las necesidades teóricas de atención a los pacientes de la población blanco. En San Luis Potosí se requiere aumentar y atender a muchos más pacientes. Es claro que sus reconocidas actividades todavía resultan insuficientes para aten-

der la posible demanda en esta entidad. Ojalá en el futuro se puedan sumar más grupos, que en acciones similares, ayuden a controlar el problema atendiendo a más pacientes con esta patología.

Sinaloa. Un estado que también necesita incrementar acciones por los grupos locales que ahí laboran permanentemente, ya que las actividades en dicha entidad se llevan a cabo exclusivamente en una sola campaña anual, que es cubierta por Cirugía Extramuros con el grupo de la UNAM, encabezado por el Dr. Ruiz. Esta actividad, aunque digna de reconocerse, resulta insuficiente para solucionar el problema de los fisurados en el estado de Sinaloa.

Sonora. Desde el año 2001, Sonora no ha trabajado en conjunto con el Programa. Existe la firme intención y determinación de reincorporarse en 2004, por lo que se espera la integración de grupos locales dispuestos a colaborar en esta noble tarea. Existe disposición y hay adecuada infraestructura para hacerlo y existen los convenios con las autoridades locales para llevarlo a cabo, sólo se espera reforzar la actividad de los cirujanos dispuestos a hacerlo.

Tabasco. Desde finales del año 2002, Tabasco se ha reintegrado a las actividades de Cirugía Extramuros con un ambicioso programa local. Las cifras de cirugías realizadas en 2003 así lo corroboran; sin embargo, en el campo de las deformidades congénitas, en los últimos años, no se han sumado especialistas de LPH de la entidad, por lo que debidamente supervisado y con control estatal, las actividades del año 2003 en el estado de Tabasco y específicamente en el campo de LPH (*Cuadro I*), fueron efectuadas por un grupo extranjero. Es penoso que así suceda.

Tamaulipas. Gracias a la participación del Dr. Chaires (debidamente apoyado por el grupo del Gea González de la Ciudad de México), en el norte de esta entidad, en el año 2003 se iniciaron campañas resolutivas de la especialidad, realizando 74 procedimientos en una sola campaña. El control y seguimiento de esos pacientes está comprometido, pero Tamaulipas requiere incrementar sus acciones, no sólo en esa área quirúrgica y geográfica, sino en otras que cubre el programa a lo largo y ancho de la entidad, ya que el número de pacientes rezagados así lo demanda, no sólo en este campo sino también en otras especialidades. En la parte sur del estado, en donde laboran muchos cirujanos plásticos, la actividad es nula.

Tlaxcala. Con uno de los índices más bajos de población en extrema pobreza y marginación a nivel nacional, con una organización e infraestructura local (inicialmente apoyada por grupos de la ciudad de México) de primer orden, este estado representa un claro ejemplo de servicio a su comunidad, ya que prác-

ticamente cubren a toda su población blanco, tanto en ésta como en otras especialidades quirúrgicas. Todo es querer y organizarse adecuadamente.

Veracruz. Por su alta población estatal (la segunda más numerosa del país) y por el índice de población marginada que llega a ser por arriba del 24%, Veracruz representa un estado que requiere, según este análisis, un incremento importante de actividades resolutivas en esta y otras áreas quirúrgicas. En los últimos cuatro años, la actividad de Cirugía Extramuros en dicha entidad decreció considerablemente a pesar de sus necesidades. Este hecho es debido a múltiples factores. En el año 2002, en el campo de atención de fisurados no se reportaron actividades, y en el año 2003 sólo se reportan 85 procedimientos y ellos fueron efectuados por un grupo de médicos extranjeros que trabajaron en la capital del estado. Igual que en Tabasco, esa no es una actividad digna de presumirse, por el contrario, máxime que en esa entidad existe un buen número de cirujanos capaces de atender estos problemas. Esperemos que el futuro permita incrementar las acciones, ya que como se puede observar en el *cuadro I*, en este reporte se cubrió teóricamente menos del 2% de las necesidades estatales en este campo. He aquí una gran oportunidad para desarrollar nuestra labor, especialmente si consideramos que tenemos en puerta, para el año 2005, la realización en el puerto de Veracruz, del próximo Congreso Nacional de la especialidad en el que, como ya se mencionó, tradicionalmente se realiza una campaña de atención especializada de LPH en la entidad que visitamos. Los grupos locales tienen la palabra, ya que la mística de servicio de nuestra Asociación Nacional está comprometida y representa la gran oportunidad de rescatar y mantener nuestras actividades resolutivas en este campo y en esa área, que tradicionalmente y por muchos años fue ejemplo de control y seguimiento de los pacientes, pero que ahora se ha perdido. Ojalá que la campaña pre congreso ayude a motivar el control y seguimiento de los pacientes con LPH de Veracruz.

Yucatán. Después de la campaña organizada en Mérida por la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva en el año 2002, en conjunto con Cirugía Extramuros y con el apoyo local de la Dra. M Flores, de las autoridades sanitarias locales y de los grupos rotarios de la ciudad, con motivo del congreso nacional celebrado en febrero de ese año, Yucatán reactivó sus acciones y en 2003 duplicó su actividad en este campo y tiene el compromiso de continuar atendiendo a un mayor número de pacientes para el futuro, ya que en Yucatán todavía existe un rezago estatal importante que requiere ampliar las

actividades quirúrgicas. Según nuestros números, hemos cubierto teóricamente menos del 30% de los pacientes pobres del estado afectados por LPH.

Zacatecas. Es tan escasa su producción en este campo, que lo destacable es la necesidad de incrementar acciones resolutorias en esa entidad.

CONCLUSIONES

El creciente número de acciones resolutorias quirúrgicas del Programa fue considerable en estos cuatro años, en que pudimos efectuar más de 65 mil cirugías. Los 9,217 procedimientos desarrollados en ese lapso en cirugía de LPH en 27 entidades diferentes de la república, es otra prueba de sus alcances y trascendencia.

El Programa de Cirugía Extramuros es un claro ejemplo de cómo podemos sumar nuestros esfuerzos para apoyar con nuestro trabajo profesional a los mexicanos en desgracia, afectados por ésta y otras patologías. El programa continúa con su mística de servicio y sólo espera el apoyo del gremio médico y paramédico para cumplir sus objetivos.

Con este análisis estatal, reforzamos la información de las áreas del país que requieren de nuestro esfuerzo para contribuir a la atención de los pacientes a nuestro cargo. De nosotros depende lograrlo.

El análisis de la información global registrada, nos permite no sólo valorar lo hecho, sino además podemos contrastar los resultados, definir prioridades, planear

acciones futuras, hacer ajustes convenientes y mejorar la calidad y eficiencia de los servicios brindados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consejo Nacional de Población (CONAPO). México, 2000. Población de México en cifras; Proyecciones Estatales 1995-2020.
2. Ortiz Monasterio F. A mobile unit for the detection and care of Craniofacial anomalies. *Plast Reconstr Surg* 1975; 55: 186-189.
3. Secretaría de Salud. *Memoria de una experiencia de atención especializada a la Salud en el medio rural 1994-2000. El Programa de Cirugía Extramuros.* SSA (Trigos) 2000.
4. Trigos I, Guzmán y López Figueroa ME. Análisis de la Incidencia, prevalencia y atención del labio y paladar hendido en México. *Cir Plast* 2003; 13(1): 35-39.
5. Trigos I. La Cirugía Reconstructiva Mexicana en el Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA. *Cir Plast* 2001; 11: 33-39.
6. Trigos I, Ysunza A, Yudovich M. Labio y Paladar Hendido; Aspectos generales y orientación quirúrgica. En: *Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.* Coiffman (Ed.). Salvat Barcelona, 2a Ed. 1994; II, 1548-1570.
7. Congreso Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendidos y Deformidades Craneofaciales. *Simposio sobre Campañas LPH.* 2003, Oct. 4. Cuernavaca, Mor.
8. Congreso Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva. *Simposio de LPH.* 2004 Feb. 19-Monterrey, NL.
9. Lineamientos de Operación. Programa de Cirugía Extramuros. *Cuadernos Técnicos de la SSA.* México, Julio de 2000.

Dirección para correspondencia:

Dr. Ignacio Trigos Micoló

Durango 33-5 Col. Roma

06700 México, D. F.

E-mail: itrigos@hotmail.com