

Medicina

Vida y Salud

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

Año VI • Volumen 3 • Abril 2007

Cáncer gástrico en Costa Rica

Diagnostico

- Planificación estratégica:
base en las instituciones de salud

En persona:

- Dr. Fernando Garzona Messeguer





Foto: Jeffrey Arguedas

Dr. Minor Vargas
Baldares
Médico cirujano especialista en
Anatomía Patológica
Presidente del Colegio de
Médicos y Cirujanos

Cultivando el diálogo

El diálogo sustentado en el libre pensamiento es el puente para el intercambio de ideas, la búsqueda del entendimiento y la comprensión es a la vez el camino para solucionar los problemas y planificar el futuro. El disentir es sano y necesario, pero saber expresar nuestros puntos de vista con respeto a nuestros interlocutores y a la sociedad es todo un arte.

Debemos por lo tanto reflexionar profundamente en torno a los mecanismos de resolución de los conflictos entre los médicos. El artículo 34 del Código de Moral Médica, en el capítulo de los “Deberes de los Médicos para con los Colegas”, expresa:

“Las relaciones entre los médicos deben estar inspiradas por el respeto mutuo, por los principios deontológicos y por la solidaridad colegial. Las diferencias académicas e interprofesionales que no sea posible resolver directamente, serán sometidas a la consideración de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos”.

Tres grandes valores constituyen los pilares de este artículo: respeto, ética y solidaridad. El respeto nos conduce a la consideración que no sólo como profesionales, sino como seres humanos nos debemos los unos a los otros. Un correcto comportamiento obliga al profesional a actuar como tal en todas las latitudes, sin difamar la calidad profesional y humana de un colega, sin sustracción de la atención de pacientes, sino más bien colaborando de buena fe en aquellos casos donde exista un médico que ya esté atendiendo al paciente y requiera de nuestra ayuda.

La imagen del médico, su dignidad, se construye no sólo de lo que los demás piensen de nosotros, sino principalmente, de aquello que nosotros hagamos para respaldar el correcto ejercicio profesional. El respeto a los demás implica por lo tanto el respeto a nosotros mismos. Cuando caemos en la crítica irracional y el juicio irreflexivo, destruimos reputaciones, carreras, vidas y familias. Por el contrario, el diálogo como proceso diario, constructivo conlleva implícito la capacidad de escucharnos y ante los desacuerdos y las desavenencias

debemos intensificar y agotar este recurso. Al superar visiones polarizadas por medio del respeto mutuo damos paso a la convergencia de ideas y a la formación de consensos básicos, sin tener que llegar a los tribunales.

El respeto mutuo, aún en un ambiente de libertad de pensamiento no parece ser suficiente para un diálogo productivo. Exige de una gran dosis de solidaridad, mejor aún de fraternidad colegial, sincera y desprendida en un marco de principios éticos bien fundamentados.

La Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica ha querido aprovechar la conmemoración del CL Aniversario de su fundación para fortalecernos todos en el campo de la Ética Médica y prepararnos para los cambios que han de realizarse en este siglo, destinado a rescatar los valores más elevados del Hombre en beneficio de la Salud y bienestar de la humanidad.

Durante todo el año estaremos procurando abrir espacios de divulgación, discusión y proyectos afines a la Deontología Médica, la Ética y a la Bioética, que culminarán el mes de noviembre con el LXIX Congreso Médico Nacional en que el tema central será “La Ética Médica” y el I Congreso Nacional de Bioética, ambos con proyección internacional.

Ahora más que nunca, los principios de solidaridad y fraternidad colegial deben hacerse presentes. Esperamos que el diálogo interpersonal promueva un espíritu fraterno, sin precedentes, en beneficio de nuestras relaciones con nosotros mismos y con la comunidad.

**Saber expresar
nuestros puntos de
vista con respeto a
nuestros interlocutores
y a la sociedad es
todo un arte.**

Cáncer gástrico

en Costa Rica

Situación actual

Dr. Horacio Solano Montero
Médico especialista en
Cirugía General
Ex Gerente Médico, Caja
Costarricense de Seguro Social
Director Centro de Cáncer Gástrico
Hospital Dr. Max Peralta, CCSS.

El cáncer gástrico en nuestro país sigue siendo un problema de salud pública, situación que no ha variado desde hace cuatro décadas, según los registros con que contamos. Para incidir en la variación de esta situación y dar una verdadera lucha frontal a este mal, se requiere contar con un programa nacional, bien establecido, de prevención primaria y prevención secundaria. Prevención primaria que permita prevenir, mejorar, eliminar o cambiar las condiciones ambientales (factores de riesgo) que favorecen la aparición del cáncer gástrico, y por otro lado, la prevención secundaria, es decir, detección temprana de la enfermedad que permite, con adecuado tratamiento, obtener altas cifras de sobrevida curación.

La detección temprana del cáncer gástrico, acompañada de un adecuado tratamiento quirúrgico, es la acción más directa y efectiva, conocida hasta el momento, que permite repercutir realmente en la disminución de la mortalidad por esta enfermedad. El cáncer gástrico temprano (aquel localizado en la mucosa y no más allá de la submucosa gástrica, con o sin metástasis linfáticas), apropiadamente tratado quirúrgicamente, tiene un pronóstico de curación mayor al 90%. El cáncer gástrico avanzado (localizado más allá de la submucosa gástrica, con o sin metástasis linfáticas), con tratamiento quirúrgico adecuado, con o sin terapias adyuvantes (quimioterapia y/o radioterapia), dependiendo de su estadio, definitivamente mejoran la sobrevida e inclusive pueden disminuir la mortalidad.

El cáncer en general, en nuestro país, actualmente representa la segunda causa de morbimortalidad, detrás de las enfermedades cardiovasculares y seguido por el trauma. Conforme la población envejece más, la probabilidad de tener cáncer aumenta.

En la incidencia de cáncer en Costa Rica, el cáncer de estómago ocupa el tercer lugar, tanto

en hombres como en mujeres. En promedio se diagnostican 750 casos nuevos por año. (Cuadro 1)

Con respecto a la mortalidad general por cáncer en nuestro país, de acuerdo al Registro Nacional de Tumores, el cáncer gástrico es el tumor maligno que más muertes causa en hombres, situación que no ha variado desde la década de los setentas. En las mujeres, también, desde los años setenta el cáncer gástrico ha sido la primera causa de muerte por cáncer, hasta el año 2003, en que el cáncer de mama supera el número de muertes por una diferencia de 14 casos. (Cuadro 2)

El cáncer gástrico, a nivel mundial, desde hace aproximadamente 8 a 10 años, tiene una tendencia "natural" a ir bajando, tanto en su incidencia como en la mortalidad, situación que se ha relacionado principalmente con mejoramiento de las condiciones generales de vida, el diagnóstico temprano y el debido tratamiento. Nuestro país no está exento de esta situación, pero la disminución en el número de casos no ha sido muy marcado, pero sí sobresale la disminución paulatina en la mortalidad en los últimos cinco años, que ha sido relacionada con la detección temprana y adecuado tratamiento, que se ha venido rea-

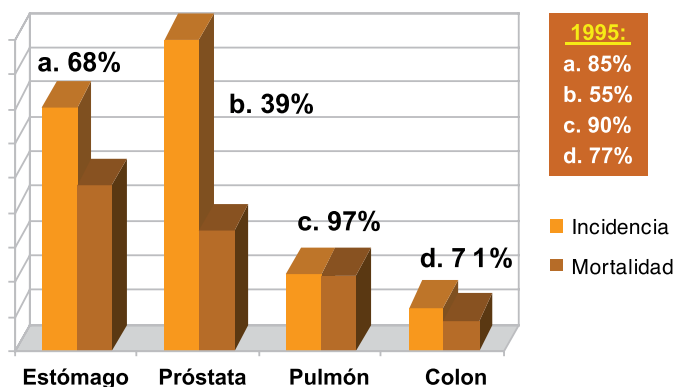
Cuadro 1			
Incidencia de cáncer en Costa Rica			
Tumores malignos más frecuentes			
	Hombres		Mujeres
1. Próstata	45,1	1. Mama	37,9
2. Piel	41,3	2. Piel	33,9
3. Estómago	35,2	3. Estómago	18,6
4. Pulmón	11,3	4. Cérvix	18,2
5. Colon	6,5	5. Colon	7,4

Cuadro 2				
Mortalidad por cáncer en Costa Rica				
	1975	1985	1995	2003
Hombres	Estómago	Estómago	Estómago	Estómago
	Próstata	Pulmón	Próstata	Próstata
	Pulmón	Próstata	Pulmón	Pulmón
	Páncreas	Hígado	Colon	Colon
Mujeres	Estómago	Estómago	Estómago	Mama
	Cérvix	Mama	Mama	Estómago
	Mama	Cérvix	Cérvix	Colon
	Pulmón	Colon	Colon	Cérvix

Cuadro 3

Relación mortalidad- incidencia
Tumores más frecuentes en hombres

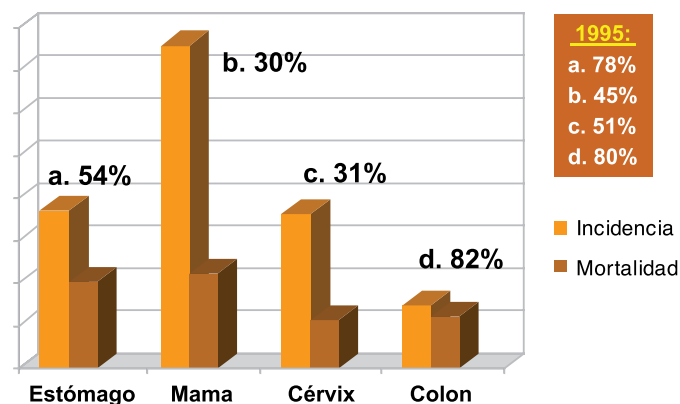
(Tasa / 100.000) Costa Rica 2000. R.N.T



Cuadro 4

Relación mortalidad- incidencia
Tumores más frecuentes en mujeres

(Tasa / 100.000) Costa Rica 2000. R.N.T



lizando en Cartago a través del programa de detección temprana y tratamiento que realiza el Centro de Cáncer Gástrico. (** Dr. Luis Rosero Bixby. Centro de Poblaciones, UCR. Publicación en prensa.)

Al relacionar la mortalidad e incidencia nacional de cáncer gástrico, tanto en hombres como en mujeres, comparativamente entre los años 1995 y 2000, notamos la evidencia de la disminución en la mortalidad, que consideramos relacionada principalmente gracias al programa de detección temprana y a los tratamientos quirúrgicos con resecciones radicales adecuadas a los diferentes casos, que se han realizado en el Centro de Cáncer Gástrico en Cartago, provincia con la mayor incidencia de esta enfermedad. Desgraciadamente, no hay reportes oficiales con datos recientes sobre el diagnóstico temprano ni los resultados del tratamiento de esta enfermedad en el resto de Unidades Médicas del país que permitan hacer un análisis más profundo, pero definitivamente también ha de haber mejoría en el diagnóstico temprano y por ende en los resultados del tratamiento, que también influyen en los resultados nacionales. (Cuadros 3 y 4)

El Centro de Cáncer Gástrico (originalmente Proyecto de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico auspiciado por Japón), desarrollado en el Hospital Dr. Max Peralta, Cartago, ha llevado a cabo durante los últimos 10 años un programa de detección masiva de cáncer gástrico dirigido a la población de 50 a 74 años de esa provincia,

El cáncer gástrico en nuestro país es un problema de salud pública desde hace cuatro décadas.

ya de por sí la de mayor riesgo. Este centro recibe, además, todos los casos de alta sospecha o con diagnóstico de cáncer gástrico, que son diagnosticados bajo el sistema tradicional de atención en los servicios de salud de la provincia de Cartago. De igual forma recibe y atiende las referencias de casos de cáncer gástrico de difícil diagnóstico y/o tratamiento, así como para tratamientos endoscópicos especiales, que son enviados del resto del sistema hospitalario nacional.

El protocolo utilizado para la detección masiva incluye primero una serie gastroduodenal con doble medio de contraste, que define normalidad o si hay lesión o sospecha de esta. Si hay lesión o sospecha se realiza una endoscopia alta que permite la toma de biopsia. Al comprobarse la lesión, si no es de estirpe tumoral, el caso se refiere a los servicios correspondientes para su manejo. Todos los casos diagnosticados con patología tumoral benigna y maligna son tratados por el Centro de Cáncer Gástrico.

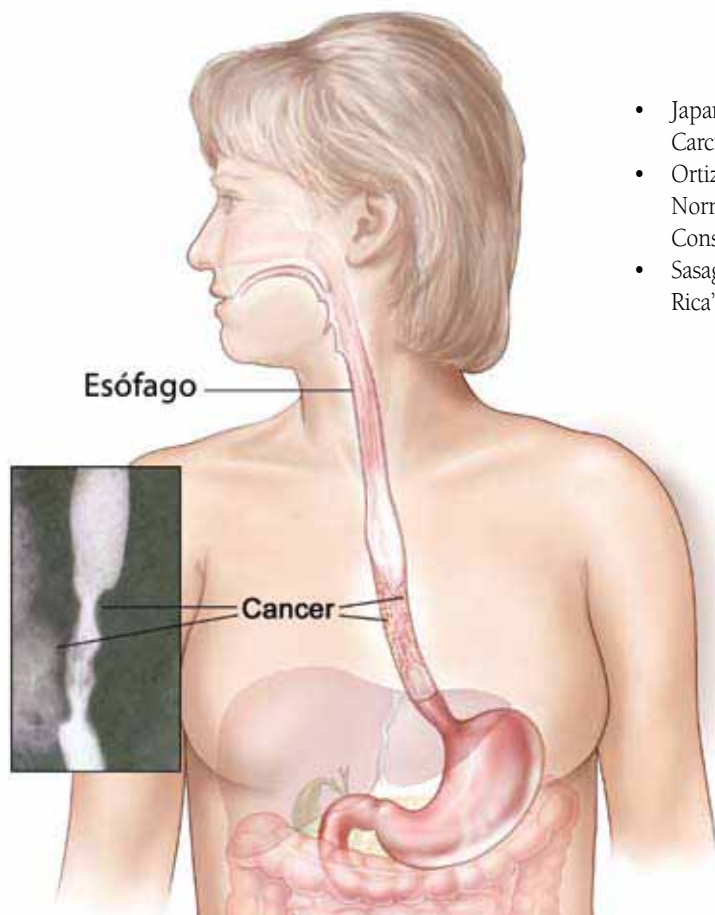
Con la detección masiva se ha logrado diagnosticar entre 5 a 6 casos de cáncer gástrico por cada mil estudios radiológicos realizados (serie gastroduodenal); en Japón, el índice de detección, con este método, oscila entre 1 a 2 casos por cada mil estudios radiológicos realizados. De los casos encontrados en nuestro centro por detección masiva, el 57% son cáncer tempranos, con un pronóstico de curación igual o mayor al 90% con tratamiento adecuado. En el resto del país, bajo el sistema tradicional de atención, en que se estudia el paciente con síntomas o sospecha muy alta de lesión, se calcula que sólo entre el 13 y 15% de los casos de cáncer gástrico diagnosticados se encuentran en estadio temprano.

En análisis realizados en el Centro de Cáncer Gástrico, comparando las poblaciones diagnosticadas con cáncer gástrico por el programa de detección temprana versus atención tradicional del sistema de salud, se evidencia que los casos atendidos por el programa de detección temprana, al encontrarse lesiones tempranas y menos avanzadas, la mayoría asintomáticas, tienen mejores índices de operabilidad (92% vs. 71%) y de resección (97% vs. 86%) (Cuadro 5). Por ende, los estadios encontrados por el programa de detección temprana son mucho menos avanzados y con pronóstico de supervivencia mucho mayor a lo tradicional. (Cuadro 6)

En conclusión, sabemos que el cáncer gástrico es un problema de salud pública que

requiere urgente atención. Cada vez que se realice una serie gastroduodenal o gastroscopía en nuestro país, independientemente de las causas por las que se solicitó el estudio, deben efectuarse con la técnica adecuada pensando en la posibilidad de encontrar un cáncer gástrico, máxime si los sujetos son mayores de 40 años, en que el riesgo de padecer esta enfermedad aumenta. Para esto es indispensable unificar y estandarizar los criterios, a nivel nacional, sobre las técnicas diagnósticas y de tratamiento.

La experiencia y los resultados obtenidos durante los 10 años de funciones que tiene el Centro de Cáncer Gástrico han demostrado la importancia y la necesidad de establecer y activar la estrategia que permita desarrollar este tipo de programa en el resto del país, especialmente en las regiones de mayor alto riesgo. El Centro de Cáncer Gástrico es un centro – escuela, nacional, que debe ser aprovechado con este fin.



Cuadro 5			
Resultados generales Enero 1996 – dic. 2005			
Centro cáncer gástrico • Resultados de tratamiento			
	Grupo detección	Grupo Tradicional	Japón
Operados	170 de 184 (92%)	432 de 609 (71%)	97%
No operados	14	177	
Resecados	165 de 170 (97%)	371 de 432 (86%)	98,6%
No Resecados	5	61	

Cuadro 6				
Enero 1996 – dic. 2005 • Centro Cáncer Gástrico				
Resultados del tratamiento. Estadio patológico				
	Detección	Tradicional	Japón	Sobrevida sobre 5 años (estimada)
Estadio IA, I B	78,8% (130)	36,4% (135)	71,7%	90,8%
Estadio II	6,7% (11)	10,2% (38)	9,8%	65,3%
Est. IIIA, IIIB	9,0% (15)	32,3% (120)	11,5%	34,5%
Estadio IV	5,5% (9)	21,0% (78)	7,0%	9,9%

Bibliografía recomendada:

- Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma, 2nd English Edition. Gastric Cancer (1998) 1:10-24.
- Ortiz A. “Situación Epidemiológica del Cáncer en Costa Rica 1990 – 2003”. Normas y Procedimientos para el Tratamiento del Cáncer en Costa Rica, Consejo Nacional de Cáncer. Última edición.
- Sasagawa T, Solano H, et al. “Trial of Mass Screening for Gastric Cancer in Costa Rica”. 4th International Gastric Cancer Congress. New York, USA. Mayo 2001.

La detección temprana del cáncer gástrico, acompañada de un adecuado tratamiento quirúrgico, es la acción más efectiva en contra de esta enfermedad.

Más de 5.000 años
de historia

El cuerpo, ese lienzo cambiante

Los seres humanos alrededor de todo el mundo han decorado su cuerpo desde tiempos inmemoriales, con colgantes y tatuajes. Hoy día, estas prácticas unen identidad cultural e individualidad.



María del Mar Cerdas R.

A través de los siglos se ha visto que el cuerpo humano puede convertirse en un lienzo inagotable, para ser decorado con las más diversas técnicas. Algunos estudiosos incluso afirman que no existe cultura alguna en la que su gente no pinte, perfore, tatúe, remodele o simplemente adorne su cuerpo.

Las formas de lograrlo y las motivaciones para hacerlo son tan amplias, como diseños y colores hay. Háblese de tatuajes o cicatrices o hasta de decoraciones temporales (como maquillaje, peinados e incluso ropa), el arte corporal logra varios cometidos. Cambiantes como la vida misma, distintas prácticas cumplen diferentes propósitos: marcar el lugar de un individuo en la sociedad, recordar un momento especial, celebrar una transición en la vida, ser aceptado por los pares, alcanzar la óptima expresión de “belleza” o, simplemente, estar a la moda.

Aunque los europeos creyeron descubrir los tatuajes cuando el Capitán Cook los notó en los cuerpos de los habitantes del Pacífico Sur, en 1769, hay evidencia de que ya había sido usado en el antiguo Egipto, en Siberia y Nueva Zelanda, entre otros, mucho antes. No obstante, a partir de que ese famoso inglés lo divulgó, comenzó a hacerse popular entre los marineros, quienes lo diseminaron en las costas a las que llegaban sus navíos.

Trazo inicial

La palabra tatuaje se deriva de un vocablo de Tahití, “tattau”, que significa marcar, por lo que la palabra ha servido para designar diversos tipos de marcas, más o menos permanentes, que se graban sobre la misma piel, mediante un instrumento filoso o una aguja, que introduce un pigmento debajo de la capa superior de ella.

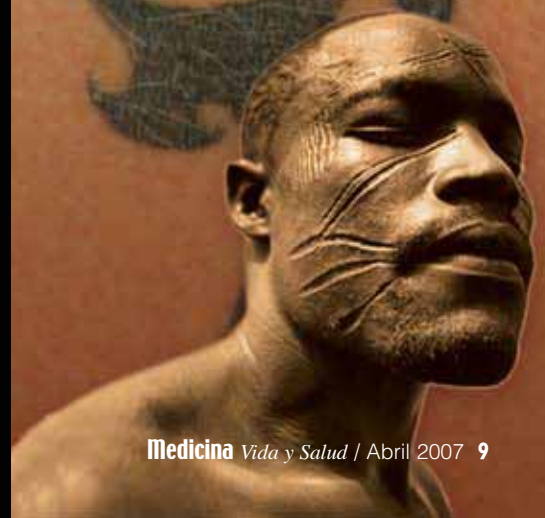
En el libro “Spiritual Tattoo: A Cultural History of Tattooing, Piercing, Scarification, Branding, and Implants” (Tatuaje espiritual: Una historia cultural del tatuaje, perforaciones, cicatrices, marcas con hierro e implantes), el autor John A. Rush expone que las “modas del cuerpo” han existido desde tiempos tan antiguos como hace 1.5 millones de años. Él afirma que aunque no existe evidencia concreta -como piel preservada-, modificar el cuerpo a través de la mutilación, cicatrices y tatuajes tiene una larga historia y una prehistoria aún más extensa. Además de asegurar que se han encontrado evidencias arqueológicas de elementos utilizados para tatuar desde comienzos del Paleolítico Tardío, como filosas agujas de hueso con carbón y ocre rojo, no duda en decir que estas prácticas se realizan desde hace 200.000 años o más.

Estilos tempranos

Si bien el método moderno de tatuar es el más conocido por la mayoría, existe una impresionante variedad de técnicas desarrolladas por distintas culturas en momentos diferentes. Los implementos utilizados en la elaboración del arte corporal son tan amplios como los diseños que se pueden crear. En el Museo Americano de Historia Natural se exhibieron elementos de tatuaje japoneses, polinesios y del mundo occidental contemporáneo; sellos de Borneo, África y de los indios americanos para tatuajes y pintar el cuerpo.

En América del Norte y del Sur, muchas tribus indígenas se tatuaban el cuerpo y la cara simplemente pinchando con algo punzante, mientras que algunas en California les añadían color a los rasguños. Muchas tribus del Ártico y Subártico, sobre todo los inuit, y algunas gentes del este de Siberia, hacían punciones a través de las que pasaban un hilo con pigmento por debajo de la piel. En Polinesia y Micronesia, el pigmento se punzaba entre la piel al golpear una herramienta en forma de pequeño rastrillo. Los maoríes de Nueva Zelanda aplicaban la misma técnica para los tatuajes que para labrar madera.

En múltiples culturas, el arte corporal llega a definir y celebrar el paso de la niñez a la adultez, así como hacer distinciones entre hombre y mujer. “No sólo les da significado a la edad y al género, sino que le rinde honor a la belleza, valentía y la adquisición de conocimientos”, afirma el Dr. Enid Schildkrout, curador de la exhibición “Body Art: Marks of Identity”, en el American Museum of Natural History, del 20 de noviembre de 1999 al 29 de mayo de 2000.



Antiguos y famosos

Los tatuajes y perforaciones expuestos por celebridades a lo largo de la historia han hecho que este antiguo arte sea más conocido y aceptado.

Miembros de la realeza inglesa fueron los primeros famosos en decorar sus cuerpos con marcas permanentes, durante el siglo XIX. Por ejemplo, tras su visita a Tierra Santa en 1862, el Príncipe de Gales se hizo tatuar la Cruz de Jerusalén en su brazo; más adelante se convirtió en el Rey Eduardo VII. Sus dos hijos, el Duque de Clarence y el Duque de York (que fue luego el Rey Jorge V) se hicieron tatuajes en una visita a Japón en 1882.

Por su parte, George Burchett, el tatuajista más importante de Londres durante 50 años (desde finales de siglo XIX hasta 1942, cuando se retiró), es de la opinión de que los inicios de ese arte fueron en Egipto antiguo. “En el Museo Ashmolean de Oxford, vi las muñecas de barro con marcas de tatuajes que se recuperaron de esa época”, afirmó en una ocasión.

Para respaldar este punto de vista, el Dr. W.D. Hambly, autor de la obra “The History of Tattooing And It's Significance” (La historia del tatuaje y su importancia), publicado en 1925, fue tajante en su libro al asegurar que existen claras pruebas arqueológicas que indican que las marcas en el cuerpo mediante tatuajes por punzadas se realizaban en Egipto en seres humanos, así como en figuras femeninas de arcilla, entre 4000 y 2000 a.C.

Se han encontrado tatuajes en momias egipcias y de Nubia de alrededor de 2000 a.C. Especialistas en el tema también hablan del uso de tatuajes por los griegos, antiguos germanos, galos, tracios y antiguos pobladores de la isla británica.

La exhibición “Arte Coporal: Marcas de identidad”, del Museo Americano de Historia Natural, abierta al público entre el 20 de noviembre de 1999 y el 29 de mayo del 2000, mostró objetos con fechas tan tempranas como 3000 a.C., procedentes de Egipto, Grecia, Perú, Ecuador, México y la misma Costa Rica. Un jarrón del siglo V a.C. mostraba mujeres tracias tatuadas, un pichel cerámico del Perú de 100-700 d.C. con el rostro perforado de un guerrero mochica y diversas piezas cerámicas de 300 a.C. a 300 d.C. con imágenes de mujeres de Nayarit con sus cuerpos pintados.

A lo largo de la muestra, se expuso evidencia de que todas las principales formas de arte corporal que se conocen hasta la fecha existían ya en el mundo antiguo, sin que pudiera señalarse un solo sitio como lugar de origen para técnicas específicas.

Como en el presente, en el pasado el objetivo de las distintas formas artísticas plasmadas en los cuerpos era demostrar la identificación con un grupo y la separación con respecto a otros. “A través del arte corporal, los miembros de una colectividad podían definir la persona ideal y resaltar diferencias entre individuos y grupos. En el pasado, al igual que hoy, el arte corporal puede haber sido una forma de comunicar ideas sobre la vida después de la muerte y el lugar del individuo en el universo”, dice un texto de la exhibición del Museo Americano de Historia Natural.

Datos de la Enciclopedia de Medicina indican que entre los años 4000 y 2000 a.C., los egipcios relacionaban los tatuajes con fertilidad y nobleza. Algunos tatuajes tribales se veían como señal de belleza, mientras que otros servían para establecer una distinción de clase o para alejar enfermedades.

Los rastros del uso de la piel como lienzo se hicieron presentes nuevamente en 1992 cuando, según la Enciclopedia de Medicina, el cuerpo congelado de un hombre tatuado de 4.000 años apareció en una montaña entre Austria e Italia. Se cree que había estado de cacería cuando una tormenta de nieve lo atrapó mientras intentaba regresar a casa.

El Profesor Konrad Spindler de la Universidad de Innsbruck en Austria, afirmó que no le “gustan los superlativos, pero que



La tecnología moderna permite eliminar los tatuajes, pero hacerlo puede costar hasta tres veces más que el diseño mismo.

éste es el único cuerpo de un hombre de la Edad de Bronce que se haya encontrado en un glaciar, y que es sin duda el cadáver mejor conservado que se ha encontrado de ese período”. La piel resultó de gran interés, ya que se apreciaban varios tatuajes. En la parte interna de la rodilla izquierda lucía una cruz, arriba de los riñones tenía seis líneas rectas de 15 centímetros de largo y numerosas líneas paralelas en los tobillos. El profesor sugiere que debido a la posición de las marcas, es probable que se hayan utilizado con fines terapéuticos.

Aretes” por doquier

De modo muy semejante a los tatuajes, las perforaciones corporales también tienen un rico historial. En unas culturas se usaban como símbolo de poder y coraje,

Anne Greenblatt, experta en el tema, explica que la popularidad de la perforación corporal moderna comenzó a mediados de la década de 1970 en el ambiente gay sadomasoquista de San Francisco, California, Estados Unidos. Acercándose los ochentas, la moda alcanzó a los punks de EE.UU. e Inglaterra. Sin embargo, se mantuvo como una práctica clandestina hasta principios de la década de los noventa, cuando tendencias musicales como el rock alternativo y el rave la dieron a conocer en sus videos. De ahí, el paso a lo cotidiano no tomó mayor tiempo y alcanzó incluso las pasarelas.

Según la exposición en el Museo Americano de Historia Natural, “la perforación es decorativa únicamente si le permite al cuerpo sostener ciertos tipos de adornos, que se insertan a través de la piel de tal modo que sane alrededor de la apertura. Lo más común es que se apliquen en los tejidos suaves de la cara, pero muchas personas en el pasado y el presente perforan otras áreas del cuerpo. Adornos para oreja, nariz y labios, así como figuras con aretes, se han encontrado en tumbas antiguas de los incas y mochicas del Perú, los aztecas y mayas del México antiguo y en las tumbas de pueblos del centro de Asia y del Mediterráneo”.

Se dice que a menudo las perforaciones son parte de un ritual de la entrada a la pubertad, un cambio de estatus o la llegada a un puesto especial. No es de extrañar que haya adornos que estén reservados para uso de unos pocos o únicamente para ocasiones especiales. Debido a que los adornos elegidos pueden estar elaborados con marfil, oro, jade y piedras preciosas, como diamantes y esmeraldas, una perforación puede ser señal de privilegio y riqueza.

Camino al presente

Rush sostiene que “existe una importante coherencia entre las modificaciones corporales del pasado y del presente, lo que sugiere la importancia del cuerpo como una geografía sagrada desde el punto de vista social y psicológico”.

Los elaborados tatuajes pictóricos japoneses comenzaron entre hombres con ciertas ocupaciones, como bomberos y cargadores, a la vez que la clase alta no aprobaba la práctica y usaba finas ropas prohibidas para las clases bajas. En algunas partes de Polinesia los diseños geométricos de los tatuajes

eran símbolo de alto rango; las personas más poderosas tenían los tatuajes más extensos.

En EE.UU. los tatuajes se hicieron populares con los marineros comerciales y los marinos de la II Guerra Mundial. En los años de 1950 aparecieron diseños de calaveras y frases distintivas, entre las pandillas de motocicletas. La generación hippie, por su parte, incorporó a los tatuajes los símbolos de paz, yin y yang, y mariposas. Por otro lado, antes de este movimiento, en algunas localidades una mujer que se perforaba las orejas era vista por los conservadores como una “cualquiera”. Poco a poco, conforme los viejos hippies llegaron a ocupar puestos importantes, los tatuajes y los aretes fueron más aceptados.

Pero no fue sino hasta finales de 1980 que la cultura de los tatuajes y los aretes más allá de las orejas salió del ámbito subterráneo, cuando algunos músicos buscaron crear una imagen de rock ‘n’ roll más peligrosa. De esta forma, ver tatuajes se convirtió en algo más común y la idea de adornar el cuerpo con imágenes personalizadas y accesorios varios resultaba atractiva para una amplia gama de individuos. Alrededor del mundo abrieron estudios de tatuajes y perforaciones y cada vez son más aquellos que lucen sin temor sus decorados.

Si bien los tatuajes y las perforaciones se ven como un modo de expresarse y resaltar entre las masas, también cumplen otras funciones como vanidad para llamar la atención y destacar áreas específicas del cuerpo. Pero los alcances de esta práctica van mucho más allá. Se utilizan cada vez más para crear efectos de maquillaje permanente, al usarse como delineador de ojos, cejas y labios. También se emplea para disimular cicatrices o bien, en casos de reconstrucción, como la del pezón en casos de mastectomías.

No cabe duda, según señala la exhibición museográfica citada, que las prácticas de arte corporal cambian rápidamente y reflejan cambios más grandes a nivel social. Para ilustrar lo anterior, se narra que en Polinesia los tatuajes prácticamente desaparecieron debido a influencias occidentales, pero en la actualidad se está reviviendo como medio de recuperar la identidad étnica del pueblo.

El sentido



Se sabe que en algunas sociedades de cazadores y recolectores tanto los tatuajes como las perforaciones corporales se usaron durante siglos en ritos de iniciación y como símbolos de socialización y de pertenencia cultural. En Borneo se han

Cuerpos pintados

Las transiciones entre una etapa de la vida y la siguiente suelen percibirse como peligrosas. Para asegurar buena fortuna, las manos y pies de una novia india se decoran con henna, mientras que a una niña chokwe se le cubre el cuerpo con caolín blanco, como protección durante su iniciación. Esta arcilla blanca es utilizada también por varios grupos africanos para pintar el cuerpo, para curar y proteger a los recién nacidos y sus madres, y para que un sanador se comunique con los espíritus del “otro mundo”.

Las hojas majadas de la planta de henna, al mezclarlas con otros ingredientes naturales, dan como resultado una pasta gruesa y aromatizada para pintar las manos y los pies. El polvo de henna seco es color verde oliva y al mezclarlo con ingredientes como té negro y café, clavos de olor y tamarindo, se torna oscuro. Una vez que la pasta se aplica sobre la piel se deja secar, a veces durante la noche. La henna seca se raspa para eliminarla de la piel y deja una mancha café rojiza. Tradicionalmente esta sustancia se ha usado para tratamientos y tintes para el cabello, antisépticos y tónicos de la piel y como tinte para ropa y cuerpo.

Pintar las manos y pies con henna se considera una forma de arte de las mujeres, acostumbrada sobre todo para marcar eventos especiales en la vida, como el matrimonio. Se cree que los diseños en henna añaden belleza y decoración a las partes del cuerpo que quedan visibles, aunque los patrones suelen extenderse hacia los codos y rodillas. Esto causa una curiosidad sensual por adivinar aquello que está oculto. Los diseños varían incluso dentro de una misma cultura. Por ejemplo, los diseños de las mujeres swahili son grandes y fuertes diseños florales, mientras que los de las mujeres bereberes de Marruecos son lineales y geométricos. En la India, las mujeres hindúes prefieren enredaderas y aves como el pavo real. Las mujeres musulmanas no ilustran con imágenes figurativas, debido a la prohibición islámica hacia el arte realista representativo.

utilizado como escudos protectores, como una especie de amuleto contra el mal.

Los estudiosos e investigadores constantemente se plantean el por qué de ese deseo de alterar la superficie de la piel permanentemente con marcas y colores. Desde los más antiguos tiempos, la respuesta yace en relacionar este arte con la forma de vida y el mundo de los antepasados, como instrumento de relación entre la gente y el mundo sobrenatural.

No cabe duda que sea cual sea la práctica de arte corporal, siempre se trata de marcas de identidad. Los expertos están de acuerdo en que la persona decorada porta en su piel mensajes poderosos, con significados culturales específicos.

De igual forma que los trazos y marcas sobre el cuerpo llaman la atención hacia ciertos grupos y sus costumbres, también pueden utilizarse para destacar diferencias culturales y discriminar a otros. “Pero en cualquier caso, el arte corporal cambia constantemente y el cuerpo es el lienzo ideal para la creatividad individual y la reinención personal. También puede ser una forma en que la gente rete los valores sociales y los preconceptos culturales sobre belleza, identidad y el cuerpo mismo”, señala Rush. Él explora el uso del dolor en la búsqueda espiritual, para expiar el pecado y la culpa, y examina el fenómeno de las cortadas y punzadas accidentales, eventos individuales que pueden llegar a tener implicaciones para la supervivencia de la comunidad.

Para Stephen G. Gilbert, estas señales han servido para los propósitos ya citados anteriormente, pero también para identificar a esclavos y convictos. Su uso negativo no para allí. Basta con recordar las marcas infringidas en los reclusos de los campos de concentración nazis.

Por otro lado, cuando ponemos el énfasis en la decisión voluntaria de tatuarse, nos encontramos con que los significados son inagotables y pueden enraizarse en el deseo de golpear emocionalmente a los demás, de documentar momentos importantes de la vida propia, o simplemente autodecorarse de una manera más definitiva.

Se ha demostrado que estos tipos de decoración personal no pueden descartarse simplemente como una loca moda de los adolescentes del nuevo siglo. Hay todo un mar de fondo en esas prácticas, que igual atraen a los mareros modernos, que a Sir Winston Churchill, pasando por una multitud de ricos y famosos. Un tema que vale la pena analizar a fondo.

Fuentes: Cassie Brill, “History of Tattoos and Body Piercing”, Associated Content, 20 de marzo, 2006. L. Fleming Fallon, Jr., MD, DrPH, “Piercing and Tattoos”, Encyclopedia of Medicine, 2006. John A. Rush, “Spiritual Tattoo: A Cultural History of Tattooing, Piercing, Scarification, Branding, and Implants”, 2005. Anne Greenblatt, “Piercing FAQ”, Piercing Exquisite, 26 de julio, 2003. Stephen G. Gilbert, “Tattoo History: A Source Book”, 2001. J.D. Lloyd, “Examining Pop Culture: Body Piercing and Tattoos”, Greenhaven Press, noviembre de 2002. American Museum of Natural History, Exhibición “Body Art: Marks of Identity”, 20 de noviembre 1999 - 29 de mayo, 2000. Rufus C. Camphausen, “Return of the Tribal: A Celebration of Body Adornment, Piercing, Tattooing, Scarification, Body Painting”, 1997. National Maritime Museum, Londres, Inglaterra (www.nmm.ac.uk).

En los tiempos modernos, los tatuajes y perforaciones suelen verse como un modo de expresar individualidad o rebeldía.

Dr. Fernando Garzona Messeguer

Un “médico de pueblo” muy especial

Tras notar un patrón entre varios pacientes en su consulta en Cartago, este médico sometió un protocolo de estudio ante un instituto internacional y recibió un premio que ha hecho posible realizar una investigación de fondo.

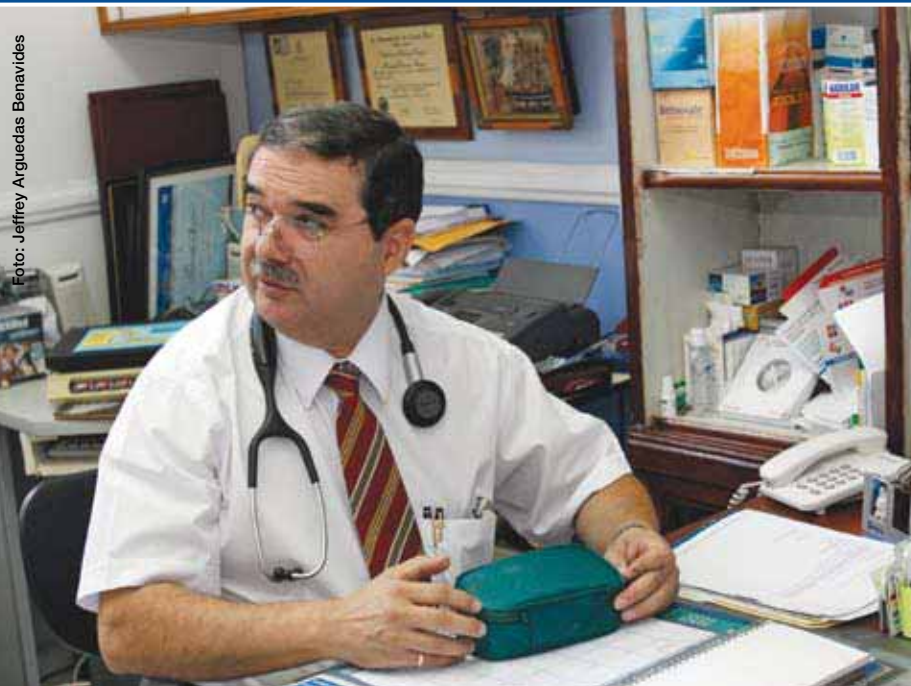


Foto: Jeffrey Arguedas Benavides

María del Mar Cerdas R.

La Medicina siempre estuvo presente en la vida del Dr. Fernando Garzona Messeguer; por eso no sorprende que hoy sea parte de una investigación con gran potencial preventivo. Concentrado en la provincia de Cartago, donde él labora, los resultados serán de aplicación nacional y pretenden entender mejor las enfermedades de los riñones para así proponer tratamientos más oportunos.

Gran influencia

“Mi padre tenía sus aspiraciones”, recuerda su hijo. El Dr. Fernando Garzona Morales se graduó de la Universidad de El Salvador en 1936 y fue el primer graduado universitario de Sonsonate, el pueblo donde nació. Aunque estudió en el Hospital de Rosales, se dedicó a trabajar en el Hospital de Sonsonate sin percibir salario alguno.

Luego de llegar a Costa Rica en 1942, traído por una familia muy cercana a la suya, se dedicó a la Pediatría y trabajó

en esta especialidad en el Hospital Max Peralta. Aún después de haber dejado su país, cada seis meses regresaba a aquel centro médico en su pueblo natal para ayudar con asuntos de beneficencia.

“Papá era una persona muy curiosa; toda la tecnología que existía en 1952, él la tenía”. Y es que en una receta médica de ese año, que conserva el Dr. Garzona Messeguer, se especifican los servicios que brindaba: “rayos ultrasónicos, rayos infrarrojos, electro-fulguración”.

Fuerte alianza

Hace aproximadamente ocho años, el Dr. Garzona Messeguer se unió con el radiólogo Rafael González y comenzaron a trabajar en el consultorio en la ciudad de Cartago. Garzona describe a su colega como alguien que sabe mucho, positivo y abierto. Sin embargo, un quebranto de salud obligó al Dr. González a reducir su consulta y al Dr. Garzona a aprender más de Radiología.

“La cuestión institucional es tan rígida, que no es tan fácil ser médico si no es

dentro de un cajón establecido. Yo me he salido de todos los cajones en que me he metido”, asegura Garzona. Es probable que de ahí vengan sus más recientes logros.

Se comenzaron a ver en la consulta muchos casos de pacientes con dolor de estómago que en realidad no era tal. Un 80 por ciento eran mujeres que decían padecer de colitis y cuyos exámenes de laboratorio de orina aparecían “normales”. Sin embargo, al realizarles un ultra-sonido, aparecían con problemas importantes en riñones. Se trabajó con una visión morfológica de los riñones, haciendo una comparación con exámenes de laboratorio para determinar hasta qué punto estos eran confiables.

Grata sorpresa

Luego Garzona envió al Instituto Científico Pfizer el protocolo titulado “Estudio abierto de 24 semanas de duración en sujetos asintomáticos: Prevalencia de nefropatías mediante el diagnóstico ultra-sonográfico en una población de pacientes ambulatorios”. La sorpresa no se hizo esperar.

“Me quedé con la boca abierta. ¿Cómo un médico campesino recibe un premio internacional, y por una investigación de algo propio de Cartago?”, exclama el Dr. Garzona sin ocultar su impresión.

No es para menos. El reconocimiento consiste en la suma de 38 mil dólares, alrededor de 19 millones 600 mil colones, para trabajar el tema planteado. “Es el equivalente a un ultrasonido nuevo”, comenta el médico. “Vamos a poder examinar más pacientes, darles citas sin que tengan que pagar, realizarles exámenes de laboratorio sin costo para ellos, así como reportar lo que encontramos. Además, ampliamos el estudio para que fuera de tipo poblacional y genealógico. Se nos paró el pelo al ver que son familias enteras las que han incluso desaparecido por problemas de riñones. En el Hospital Calderón Guardia, un alto porcentaje de los pacientes que esperan un trasplante de riñón es de Cartago”.

El trabajo está en manos de un grupo interdisciplinario que incluye otros médicos, así como el sustento científico que brindan las licenciadas Catalina Ulloa y Carolina Centeno, del Departamento de Biología Molecular de la Universidad de Costa Rica. La idea detrás del estudio es que en el futuro se realice una prueba de tamizaje para determinar quiénes traen problemas en los riñones.

Visión futura

El estudio, que enfatiza en mujeres, involucra entre 300 y 500 pacientes con las que se podrá hacer correlaciones con índices comparativos y a largo plazo abrirle la puerta al tema de la prevención. Garzona asegura que este problema se está subdiagnosticando y que desde niñas se les debería hacer el dictamen, para evitar tantos problemas que aparecen ya de adultas.

El galeno lo considera un estudio ambicioso en cuanto a sus alcances. “Estamos tratando de ver si alguien se enamora de los riñones de los cartagos. Así, quizás se pueda hacer un estudio genético, ya que el problema es que cuesta \$1,000 por persona. A ver cuánto podemos prevenir; cuánto sufrimiento familiar. Hay familias donde todos los hijos han muerto por los riñones y todo el mundo conoce a alguien que ha fallecido por esa razón”, explica.

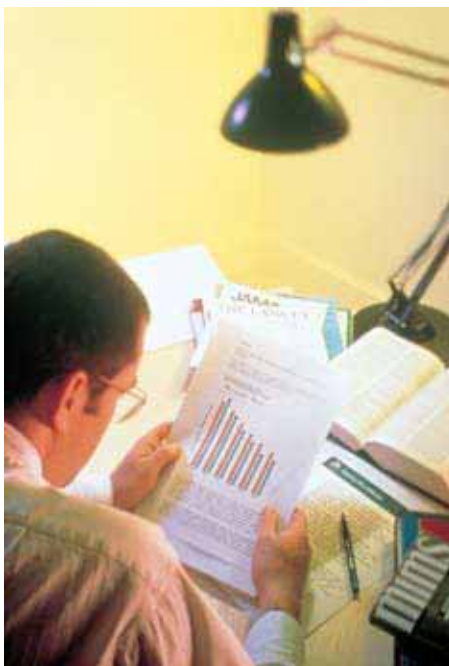
Las entrevistas a pacientes comenzaron en la última semana de marzo y se espera que para mayo estén listos los resultados. Garzona dice estar muy ilusionado, no solo por poder entregarle a Pfizer un estudio de calidad, sino por tratarse de un estímulo a la investigación científica de cualquier tipo, sin que necesariamente busque soluciones farmacéuticas.

Este premio es un estímulo gratificante para el Dr. Garzona que lo empuja a seguir adelante. “Me considero muy honrado y lo recibo en nombre de mi papá y de tantos médicos de Cartago y de pueblo, que hicieron mucho y a quienes nunca se les reconoció nada; nadie se acordó de ellos”, concluye.

POLIFACÉTICO

- **Nombre:** Dr. Fernando Garzona Messeguer
- **Edad:** 58 años
- **Estado civil:** Casado con Gioconda Vaglio Rivas
- **Hijos:** Fernando, Marcela y Roberto. Además, tiene cuatro nietas y un nieto.
- **Estudios:** Médico cirujano de la graduación del 6 de enero de 1975 de la Universidad de Costa Rica (UCR). Especialista en Medicina Legal. Rotación de cuatro años en Radiología del Hospital Calderón Guardia y rotación de cuatro años en el Hospital Nacional de Niños (HNN) con el Dr. Brenes Sáenz. Pasantía en Chile en Fisiología del Ejercicio, Salud Ocupacional y Medicina del Deporte, enviado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Corte Suprema de Justicia.
- **Expositor:** Para UNICEF, a nivel internacional, en temas de maltrato de menores. Miembro de los Comités del Niño Agredido del HNN y Max Peralta de Cartago.
- **Docencia:** Dieciséis años como profesor de Medicina Legal de la UCR. Conformó un grupo interdisciplinario para dar seminarios sobre lo nuevo en técnicas de ADN en investigación, impartidos en la UCR.
- **Otras actividades:** Ligado desde 1980 a la organización sin fines de lucro Rotary International, igual que su padre y ahora también uno de sus hijos.
- **Afición:** La más grande es la música en general. “Mi papá tocaba piano y nosotros disfrutamos mucho de la música; es parte de nuestra vida”.

“Yo mismo me extraño de haber recibido el premio del Instituto Científico Pfizer.”



Planificación estratégica: base en las instituciones de salud

Dra. Sandra J. Victoria Herrera
Médica Cirujana Dentista, Universidad de Costa Rica
Profesora de la cátedra de Administración de Servicios de Salud, Facultad de Odontología UCR

Dr. Enrique Vargas Mora
Médico cirujano, Universidad Internacional de las Américas (UIA)
Coordinador del Ebais de Bri Bri
Autor del artículo: Mortalidad infantil en el Área de Salud de Pavas durante el año 2000-2003, Acta Pediátrica Costarricense, 2004

Dr. Danilo Tenorio Mayorga
Médico cirujano especialista en Gastroenterología
Jefe Clínica de Cirugía, Hospital San Rafael de Alajuela, CCSS

Dra. Ana Beatriz Quesada Rojas
Médica cirujana, Universidad Autónoma de Centro América (UACA)
Residente de Dermatología, Hospital México, CCSS

Dr. Jeremías Monge Ocampo
Microbiólogo, Universidad de Costa Rica
Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles, Universidad Estatal a Distancia (UNED)

La planificación, en sus inicios, estaba basada en la teoría, plasmada principalmente en los libros de biblioteca, donde los conceptos no se aprovechaban en su totalidad y no se llevaban a la práctica. Para inicios de la segunda mitad del siglo 20, los gobiernos implementaron diferentes políticas sanitarias destacando la política integral de la salud, la jerarquización de los hospitales y la integración de los niveles asistenciales.

Con la planificación clásica de la salud, se permitieron grandes avances en el campo de la salud pública; la implementación de la vacunación hizo posible la disminución notable de las enfermedades infectocontagiosas, siendo estas las causas importantes de morbimortalidad principalmente en la población infantil de nuestro país. Además, se han puesto en marcha otros programas, como la intervención en el escenario escolar, que han ayudado en gran medida a nuestros niños y adolescentes, valorando no solo la parte biológica sino también la parte psicosocial de este grupo poblacional, previniendo así altos índices de violencia y drogadicción.

Los planes estratégicos se enfocan a la organización como un todo y ubican las metas tanto a corto como a largo plazo, así como la inversión que debe hacerse y la determinación de los responsables en las actividades por realizar; asimismo, han permitido la identificación y *priorización* de una serie de problemas que afectan a una comunidad determinada para tomar medidas para su solución.

En nuestro país se refleja cómo poco a poco se va aplicando la planificación en el sector por medio de la división del país en regiones de salud, las cuales se dividen en áreas de salud y éstas se subdividen en sectores, lo que ha facilitado el control y la cobertura y se evalúan de una manera más eficaz los objetivos o compromisos fijados desde un inicio.

Con respecto a los hospitales, estos se han clasificado en nacionales, regionales y periféricos; esta división se lleva a cabo teniendo en cuenta los niveles de especialización, la ubicación geográfica estratégica y los servicios brindados por cada uno de ellos. Esto ha facilitado un mejor aprovechamiento de los recursos y ha mejorado la calidad de la atención de los usuarios.

La planificación ha tenido una gran influencia en los profesionales de salud, ya que se han establecido protocolos en la atención y manejo de las diferentes patologías para un mejor manejo y aprovechamiento de los recursos destinados a dicho fin. A su vez, las nuevas ideas de planificación han permitido un cambio en la perspectiva de los profesionales en salud a la hora de administrar los servicios que tienen a su cargo, ya que se pasa de la idea de tener una institución con presupuesto ilimitado a una empresa con gastos regulados, lo que ha creado una conciencia de "gerenciar" los recursos con que se cuenta actualmente. Esto conlleva a destacar la importancia de la planificación continuada como un proceso activo que define

En nuestras organizaciones de salud se realiza un presupuesto anual en donde se toman en cuenta todos los diferentes aspectos de la organización desde las vacaciones de los profesionales hasta la contratación de terceros.



los objetivos y metas por cumplir y que nos permite visualizar aquellos cambios que se puedan presentar entra lo programado y la realidad. La planificación estratégica “es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al que-hacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones”.

Debemos entender que el presupuesto es un programa expresado en números que es básico para el control de las organizaciones y depende directamente de la planificación, a su vez, el presupuesto recopila el flujo de efectivo, gastos e ingresos, y desembolsos de capital; en nuestras organizaciones de salud se realiza un presupuesto anual en donde se toman en cuenta todos los diferentes aspectos de la organización desde las vacaciones de los profesionales hasta la contratación de terceros. Este brinda un panorama de lo que se cuenta y se utilizará para el año siguiente. Aquí influye en gran medida la pericia de un buen administrador que haga uso de forma adecuada de lo estimado para ese año; en la CCSS, cada área de salud debe realizar su presupuesto tomando en cuenta las necesidades propias de la comunidad.

Los presupuestos, junto a los incentivos y las estrategias implementadas para la competitividad hacen que un hospital se distinga por poseer un nivel alto de estructuración; en nues-

tro país, el Hospital Nacional de Niños desde sus inicios se ha caracterizado por tener niveles altos de estructuración y tener otros ingresos diferentes a los de otros hospitales, como la Teletón, Parque Nacional de Diversiones y donativos. Así mismo, se destaca por brindar servicios de calidad.

El presupuesto es además una herramienta eficaz que debe ser considerada en la toma de decisiones, ya que estas son un puente entre el pasado y el futuro, que permiten definir objetivos, proyectan y fijan bases de actividades esenciales para disminuir el riesgo y aprovechar al máximo los recursos.

El sistema de salud de nuestro país trabaja con base en normas que distan mucho de la realidad sanitaria y necesidades propias de la población, como la detección de cáncer de cérvix, que está regulado para realizarse cada dos años y en la práctica se demuestra la presencia de alteraciones citológicas en periodos menores de seis meses; además, no se le brinda a la población femenina con papanicolau alterado determinar la causa o el tipo de papiloma que padece, si es riesgoso o no. Asimismo, la educación brindada en los controles prenatales está protocolizada y no permiten brindar otros tipos de educación que sean acordes con las necesidades propias de las mujeres gestantes, como el tipo de nutrición que deben seguir en este periodo.

En nuestro país, la planificación se ve limitada por las políticas existentes a nivel central,

que no permiten un adecuado desarrollo del proceso de planificación y que esté acorde con el área de población definida, a diferencia de los países que usan los sistemas liberalizados en salud, que utilizan técnicas en planificación estratégica con un uso máximo de los recursos y una adecuada planeación armónica con las necesidades propias de la población.

Con el paso del tiempo se han creado diferentes índices, entre ellos el índice de consumo (CU), que trata de garantizar una distribución más equitativa de los recursos para los diferentes grupos etarios y su distribución geográfica; lastimosamente, en nuestro país esto es una teoría y no aplicación práctica.

El administrador debe tomar en cuenta varios criterios que corresponden a la planificación normativa, como los nombramientos de los profesionales en salud, la infraestructura de los centros de salud que se crean con criterios subjetivos u ocurrencias, sin considerar la problemática de la población en esa área ni las medidas de prevención por ejecutar, ni la cantidad de población del sector. Las normas no son flexibles y son un reflejo de la decisión administrativa, han sido heredadas y no se han modificado a la realidad vivida y los cambios sufridos a través del tiempo.

La planificación estratégica en los países liberalizados ha desburocratizado y modificado los sistemas de salud, haciéndolos o introduciéndolos en un ambiente más de competencia, lo que ha generado mayor calidad en la presta-



Nuestros hospitales deben estar estructurados y planificados de acuerdo a las características propias que presenta cada área

ción de los servicios. Es importante definir que la planificación estratégica es flexible, ubica las metas a largo plazo y se basa en estudios de prospectiva tanto del entorno interno como externo, dando escenarios a futuro que permitan una mejor definición de las metas y objetivos.

Para una mejor planificación de metas u objetivos, se pueden llevar a cabo diferentes técnicas. Entre ellas tenemos las cualitativas, que nos permiten explotar o aprovechar las ideas de los expertos sobre algún tema de salud que se destaque en la comunidad donde se trabaja, tomando en cuenta al personal médico, enfermería y no sanitario, para obtener diferentes puntos de vista del tema por tratar. Lastimosamente, en nuestro medio se llevan a cabo las reuniones de opinión pero no trascienden a la práctica, ya que muchas veces los participantes no tienen poder de decisión para implementar estas medidas; además, estas ideas no son premiadas ni estimuladas por la organización.

Una forma de buscar el acuerdo entre las personas con ideas encontradas, mediante la aplicación de técnicas cualitativas de consenso, son la técnica *delphi*, el grupo nominal y las conferencias de consenso, que son de gran ayuda en la generación y aplicación de ideas. En nuestro medio no es de uso cotidiano la aplicación de estos métodos, y serían de gran utilidad para el buen funcionamiento de la organización, ya que nuestra cultura administrativa no está acostumbrada a este tipo de prácticas y las decisiones son tomadas por unos pocos. De aquí nace la importancia y la necesidad de crear y formar personal en salud apto y con mentalidad gerencial, que domine todos estos aspectos, y permita la intervención en forma equitativa de todos los funcionarios

de la organización, para que se implementen acciones que se acerquen más a las necesidades reales de nuestras comunidades.

El Ministerio de Salud de Costa Rica toma en cuenta la planificación destacando lo siguiente: “Los momentos de la planificación estratégica están relacionados entre sí de manera dinámica, sistemática y sinérgica, correspondiéndole al seguimiento y evaluación valorar el desarrollo integral de la planificación estratégica como un todo (funcionamiento integral de los momentos), así como medir y comparar el avance (eficiencia) de las metas de producción que se contemplan en las acciones estratégicas del plan operacional local y la eficacia (impacto) de esta producción en las condiciones de vida de la población. La información generada es la base para la toma de decisiones oportunas que permiten enfrentar los problemas, consolidar los logros de la planificación, dirigir y conducir en el plano operativo la producción esperada e informar a los ciudadanos, grupos organizados, comunidades, autoridades políticas del país y organismos internacionales sobre el cumplimiento de las obligaciones (rendimiento de cuentas) asumidas”.

Consideramos que en nuestro país la planificación ha tenido fallos importantes, ya que no se ha desarrollado ni ha tenido un auge adecuado como lo indica la literatura expuesta por el Ministerio de Salud; teóricamente se ha demostrado que es necesario e importante para el desarrollo del proceso administrativo. En cuanto a la planificación del Ministerio de Salud, vemos cómo ellos mismos se están contradiciendo en lo que escriben y exponen en su definición; un claro ejemplo es la mala planificación en la erradicación de los vectores transmisores del dengue. De ahí se deduce la necesidad y la importancia de formar profesionales

en salud con conocimientos en Administración de Servicios de Salud, para que lleven a cabo un buen proceso de planificación cuando sea necesario, además de lograr la integración más activa de los diferentes entes involucrados: AyA, municipalidades, Ministerio de Educación, MOPT, organismos no gubernamentales como la iglesia, asociaciones de desarrollo comunal, entre otros.

Para lograr un diagnóstico en el plan estratégico se necesita un análisis del entorno, otro interno y estudios de prospectiva, indispensables para determinar los objetivos del plan. Con respecto al estudio del entorno se debe destacar la existencia del macroentorno, el cual está relacionado con el hospital e influye en sus actividades en forma externa, pero no lo dirige; como por ejemplo las políticas nacionales de salud y la financiación de la institución misma. En los hospitales de nuestro país, el presupuesto es otorgado por la autoridad presupuestaria y esta le da un monto fijo de trabajo no modificable, que no se ajusta y no es proporcional a las necesidades reales del centro de salud; a esto le sumamos las nuevas políticas de administración que se dan con el nuevo cambio de gobierno, a las que las instituciones deben adaptarse.

De acuerdo al financiamiento existen tres tipos de hospitales: los financiados por presupuesto público, los financiados por concierto con el sistema público y los financiados privadamente. En Costa Rica se dan las tres clases, pero predomina el sistema nacional de salud que es público, donde encontramos los principales hospitales de nuestro país y los que cubren la mayor parte de la población nacional: Estas instituciones están atravesando por momentos difíciles, debido al aumento de la demanda de los servicios que se ofrecen, sin tener un incremento proporcional en el personal, la planta física, infraestructura y equipo, todo esto conlleva a tener largas listas de espera y un descontento por parte de los usuarios. Otro tipo de hospital son los de concierto con el sistema público, que están reflejados en las cooperativas, que han demostrado ser organizaciones eficientes en donde los funcionarios son dueños de la institución, creando así lazos de lealtad e identificación con la labor realizada. Los financiados privadamente han proliferado en la última década, como el Cima, la Clínica Católica y la Clínica Bíblica, que son el reflejo de una necesidad de cierta clase social a la cual no le llena el sistema público.

Hoy en día, la globalización crea mercado de hospitales que se adapta a las necesidades

de la población, y planifica con base en ciertas influencias que permiten una mayor y mejor atención del usuario. Estas instituciones se deben adaptar en forma total a los cambios del entorno, así mismo deben ofrecer servicios no tradicionales como las unidades de toxicomanías, con las que nuestro país no cuenta y nos hace susceptibles al crecimiento de dicho problema. También, se están implementando medidas novedosas en cuanto a la prestación de servicios con el Hospital Nacional Geriátrico Doctor Blanco Cervantes, que ofrece a la población geriátrica servicios como el hospital de día, que ofrece oportunidades para una recuperación en forma ambulatoria; a la vez, se evidencia la reducción de costos en la atención de estos pacientes, evitando el internamiento y los costos que esto implica para el sistema.

Nuestros hospitales deben estar estructurados y planificados de acuerdo a las características propias que presenta cada área, dando así una atención más particular y enfocada directamente a las necesidades de la zona. Un ejemplo de ello es la implementación de la Unidad de Cáncer Gástrico en el hospital de Cartago, para así paliar los problemas relacionados con dicha patología e investigar más a fondo sus orígenes y tratamientos.

En la prestación de servicios de salud a nivel nacional existen dos variables que hacen que el hospital se vea más grande, estas son: la competitividad y la demanda del producto. Nuestros hospitales deben incorporar estrategias de mercadotecnia que establezcan productos de alta demanda y baja competitividad, como es el caso de las visitas hospitalarias a domicilio, que están siendo implementadas por la clínica del dolor y el Hospital Blanco Cervantes.

Como gerentes de empresa siempre debemos buscar la armonía, identificación total e integración de nuestros funcionarios para con la empresa, ya que el sentido de pertenencia lo lleva a hacer mejor su labor, con más entrega a cualquier nivel de la estructura organizativa. En nuestro medio, tanto los médicos como los servicios de enfermería y el personal no sanitario deben trabajar de la mano con una misma visión de las metas y objetivos propuestos; no deberían existir grupos aislados que quieran disentir de los objetivos planificados por el consenso. La cultura organizacional no debe dejar de lado los proyectos de investigación, programas de docencia y la motivación, que deben ser elementos claves para incentivar al personal de nuestras instituciones, ya que en la actua-

La CCSS ha estado anuente en todo momento a que sus funcionarios se capaciten, facilitándoles días y en muchas ocasiones los recursos necesarios para que esto se lleve a cabo

lidad no hay un compromiso real por parte del empleado.

La CCSS ha estado anuente en todo momento a que sus funcionarios se capaciten, facilitándoles días y en muchas ocasiones los recursos necesarios para que esto se lleve a cabo; los programas de educación médica continua son un ejemplo de lo anteriormente citado y permiten fortalecer el enriquecimiento de conocimientos para brindar una mejor atención al usuario. Consideramos que la capacitación y la actualización de los diferentes funcionarios es básica para el correcto funcionamiento de nuestras organizaciones, ya que permiten una adecuación a las exigencias del mundo moderno.

En las organizaciones hospitalarias es importante la participación del personal médico y de enfermería, ya que ellos son un aporte esencial en el desarrollo de la institución y actúan como un sensor de la problemática global del centro hospitalario y sus opiniones son de gran importancia, ya que alertan al gerente sobre la toma de decisiones y medidas que se deben tomar en determinado momento. Es importante que el jefe esté dispuesto a escuchar, siendo una persona receptiva para así implementar los consejos y opiniones de sus subalternos en las políticas y estrategias de calidad en la organización hospitalaria.

En la planificación de las instituciones de salud se deben tener en cuenta ciertas consideraciones por ser un proceso muy complejo en el que intervienen una serie de elementos internos y externos a la organización y que repercuten directamente en el adecuado funcionamiento de ella. Consideramos clave la participación



activa y equitativa de los empleados; además, se debe estar consciente de las oportunidades que se presenten, ya que pueden ser el punto de partida en la planificación, y deben ser seguidas por el establecimiento de objetivos, desarrollo de premisas y políticas básicas aplicables, determinación de cursos alternativos de acción y establecimiento de presupuestos.

Para concluir, insistimos en el compromiso de las instituciones de salud con la sociedad y la importancia de su personal en el desarrollo de responsabilidades con la comunidad y la planificación estratégica de la organización en salud, como se refleja en la definición que la Organización Mundial de la Salud da sobre un hospital: “una parte integrante de la organización médica social, cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorio externo, alcanza a la familia en el hogar. El hospital es también un centro para la preparación y adiestramiento del personal que trabaja en salud y además un campo de investigación biosocial”.

Referencias bibliográficas:

1. JOSAN, [www.gestiopolis.com/recursos/experto], Octubre 1 del 2005.
2. MINISTERIO DE SALUD COSTA RICA, [ministeriodesalud.go.cr/dirdesar], Octubre 1 del 2005.
3. MALAGÓN G, GALÁN R, PONTÓN G, ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA, Ed. Panamericana, 1996, pp 18.



Parkinsonismo

Dr. Agustín Arguedas Quesada

Médico cirujano internista

Director médico en Farmacología Clínica del sitio www.ampmd.com
Coordinador de los cursos en Hipertensión Arterial del Programa de Educación Médica Continua de la Universidad de Costa Rica.

El Dr. Arguedas posee una Maestría en Farmacología y Terapéutica de la Universidad de Columbia, Canadá. Actualmente labora como catedrático en el Departamento de Farmacología Clínica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Introducción

El parkinsonismo es una condición relativamente común, en la que suele ocurrir una combinación de varios síntomas neurológicos, tales como tremor, rigidez, bradiquinesia e inestabilidad postural progresiva; con frecuencia también existe un deterioro intelectual leve. Entre las diferentes causas de parkinsonismo, la enfermedad de Parkinson es la más frecuente.

Definición del problema

Las manifestaciones del parkinsonismo se deben a un desbalance en las concentraciones de dopamina y de acetilcolina en el cuerpo estriado. En el caso de la enfermedad de Parkinson, el desbalance es debido a la degeneración de las neuronas dopaminérgicas en la sustancia nigra. Se trata, por lo tanto, de un trastorno degenerativo, idiopático, que suele aparecer a edad media o avanzada, y que tiene un curso progresivo y prolongado.

Otros padecimientos pueden presentar síntomas y signos extrapiramidales parecidos a los de la enfermedad de Parkinson idiopática. Aunque todos ellos pueden inicialmente catalogarse dentro del término de parkinsonismo, es importante diferenciarlos de la forma idiopática, porque tienen una causa establecida y el abordaje terapéutico es diferente.

Finalmente, las manifestaciones de parkinsonismo también pueden ser inducidas

por fármacos antagonistas de los receptores dopaminérgicos.

Implicaciones

La mayor implicación de la enfermedad de Parkinson es el progresivo deterioro. La rigidez y el tremor pueden llegar a ser tan incapacitantes que el paciente no puede realizar ni sus propios cuidados básicos.

Aunque el deterioro intelectual no es una característica de la enfermedad temprana, se ha reconocido que en los casos avanzados hasta una cuarta parte de los pacientes puede llegar a sufrir demencia.

A pesar de la naturaleza progresiva de la enfermedad, un buen manejo médico puede

colaborar para que el paciente tenga una vida satisfactoria por muchos años.

En los casos de parkinsonismo por causas distintas de la forma idiopática, el pronóstico y las implicaciones dependerán del motivo de fondo. Sin embargo, en la mayoría de ellos, las alteraciones no tienen un carácter progresivo.

Cuando el parkinsonismo ha sido producido por fármacos, los síntomas pueden persistir por meses después de haber suspendido el medicamento.

Evaluación

Al inicio, los síntomas y signos suelen ser asimétricos. El tremor es una de las manifestaciones clásicas del parkinsonismo. Ocurre a una

Las manifestaciones de parkinsonismo también pueden ser inducidas por fármacos antagonistas de los receptores dopaminérgicos.



Cuadro 1. Manifestaciones clínicas del parkinsonismo

- Tremor distal de reposo, descrito como conteo de monedas, aumentado por el estrés emocional. Presente en una o en varias extremidades, y también puede afectar el tronco, los labios, la lengua, los párpados y los músculos del cuello.
- Fascies relativamente inmóvil, parpadeo infrecuente y cierta rigidez en la expresión facial
- **Clonus palpebral leve**
- **Salivación y dificultad para tragar**
- **Voz suave y pobremente modulada**
- **Rigidez en alguno o en todos los miembros.**
- Enlentecimiento de los movimientos voluntarios
- Dificultad para realizar movimientos finos o rápidamente alternantes.
- Dificultad para levantarse desde la posición sentada y empezar a caminar.
- Marcha caracterizada por pasos pequeños, con arrastre de los pies, aceleración involuntaria y pérdida del balanceo normal de los brazos. Se afecta la marcha dedo-talón. Puede haber inestabilidad al girar, propensión a caerse, tendencia a la aceleración involuntaria y dificultad para detenerse.
- Escritura pequeña y con frecuencia indescifrable.
- Disminución de la capacidad olfatoria.

velocidad de 4 a 6 ciclos por segundo, es más visible estando en reposo, aumenta por el estrés emocional y es menos severo durante las actividades voluntarias. Lo usual es que el tremor esté limitado a una extremidad o a un lado del cuerpo durante meses o años antes de generalizarse.

Los síntomas más incapacitantes del parkinsonismo son debidos a la bradiquinesia, que se manifiesta por un enlentecimiento de los movimientos voluntarios y por una reducción de los movimientos automáticos, como el de los brazos al caminar. Sin embargo, es curioso que durante una situación de emergencia el paciente pueda recuperar brevemente una actividad muscular voluntaria eficiente.

Otra de las características es el incremento en la resistencia al movimiento pasivo, que

se manifiesta por rigidez continua o en rueda dentada al flexionar o extender la articulación del codo; este hallazgo permite diferenciarlo de la espasticidad, que presenta sólo aumento del tono flexor. La rigidez es también responsable de la característica postura flexionada que se observa en muchos de los pacientes con parkinsonismo. La inestabilidad postural suele ser una consecuencia de los síntomas anteriores.

Los síntomas mencionados antes pueden estar presentes en cualquier combinación. Por lo tanto, la ausencia de cualquiera de ellos no excluye el diagnóstico de parkinsonismo. Otras manifestaciones de la enfermedad se mencionan en el cuadro 1. Típicamente no hay debilidad muscular, ni alteraciones en los reflejos tendinosos ni en la respuesta plantar.



Durante una situación de emergencia el paciente puede recuperar brevemente una actividad muscular voluntaria eficiente.

Cuadro 2. Algunas condiciones que pueden simular la enfermedad de Parkinson

Condición	Comentarios
Parkinsonismo inducido por fármacos	Uso previo de agentes farmacológicos tales como antipsicóticos, reserpina o metoclopramida. Síntomas usualmente bilaterales, que pueden persistir hasta por 1 año después de suspender el medicamento.
Tremor esencial	Historia familiar, falta de progresión, tremor bilateral relacionado con la actividad y que puede disminuir con el alcohol, ausencia de otros síntomas extrapiramidales o neurológicos, falta de respuesta a levodopa, edad de aparición.
Parkinsonismo por enfermedad vascular cerebral	Progresión en pasos: los déficit son fijos hasta que ocurre el próximo evento. Antecedente de enfermedad vascular cerebral o de isquemia cerebral transitoria. Enfermedad cardiovascular que afecta otros órganos.
Depresión	Algunos síntomas, tales como la pobre expresión facial, la poca modulación de la voz y la reducción de la actividad motora voluntaria, pueden ser difíciles de distinguir del parkinsonismo. Es frecuente que ambas condiciones coexistan.
Enfermedad de Wilson	Edad de inicio temprano, historia familiar, otras alteraciones del movimiento, anillo de Kayser-Fleischer, hepatitis crónica, concentraciones tisulares aumentadas de cobre
Enfermedad de Huntington	Historia familiar, demencia acompañante
Parálisis supranuclear progresiva	Bradiquinesia, rigidez, inicio después de los 40 años, trastorno de los movimientos oculares con parálisis a la mirada vertical, distonía axial, inestabilidad postural marcada desde el primer año de evolución de la enfermedad
Hidrocefalia a normotensión	Ataxia, demencia, incontinencia urinaria, cambios en el estado mental.



La terapia sintomática debe iniciarse desde el momento en que los síntomas provocan alteraciones funcionales

Los casos floridos, que presentan muchos de los síntomas descritos, no suelen presentar problemas de diagnóstico. Sin embargo, este puede ser difícil en los casos más leves, especialmente si no existe tremor o es mínimo; es frecuente por ejemplo que la hipoquinesia leve y el retardo discreto en los movimientos sea atribuido simplemente al proceso de envejecimiento.

Algunas condiciones que deben considerarse en el diagnóstico diferencial se mencionan en el cuadro 2. También es necesario establecer si el parkinsonismo es idiopático o secundario a alguna condición adicional o al uso de fármacos. En el cuadro 3 se mencionan algunos síntomas y signos que sugieren otras condiciones distintas de la enfermedad de Parkinson.

A pesar de los avances en las técnicas radiológicas, el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson sigue siendo clínico. No obstante, la tomografía computarizada y la reso-

nancia magnética son útiles para excluir otras enfermedades.

Abordaje terapéutico

El abordaje terapéutico debe individualizarse para disminuir los síntomas y minimizar las complicaciones. El objetivo principal es que los pacientes mantengan autonomía y una buena calidad de vida.

El tratamiento tradicional se dirige a restablecer el equilibrio de las concentraciones de los neurotransmisores en el cuerpo estriado, ya sea estimulando la actividad dopaminérgica o bloqueando los efectos de la acetilcolina.

En los años recientes ha existido un gran interés por el concepto de neuroprotección, entendido como las estrategias de tratamiento dirigidas a retardar o a revertir la progresión de la enfermedad, lo cual tendría un impacto tremendo sobre el curso y el pronóstico. A

pesar de que algunos fármacos pueden retardar la progresión, hasta el momento ningún agente ha probado ser verdaderamente eficaz como neuroprotector.

La terapia sintomática debe iniciarse desde el momento en que los síntomas provocan alteraciones funcionales, lo cual es muy variable porque, entre otras cosas, depende del tipo de trabajo y de las actividades diarias que el paciente suele realizar. Se ha creado una escala, conocida como UPDRS, para tratar de cuantificar y estandarizar la progresión de la enfermedad y la respuesta al tratamiento.

La mayoría de los pacientes requiere del uso de levodopa o de un agonista de dopamina como tratamiento inicial. La levodopa es más eficaz para aliviar la discapacidad motora, especialmente la bradiquinesia y la rigidez, pero también provoca con mayor frecuencia complicaciones motoras; por lo general, levodopa es el tratamiento de inicio en los pacientes mayores con síntomas moto-

Cuadro 3. Signos y síntomas que sugieren otras causas de parkinsonismo diferentes de la enfermedad de Parkinson

- Falta de respuesta al tratamiento con levodopa
- Alucinaciones
- **Demencia prominente y temprana**
- **Inestabilidad postural temprana**
- **Disfunción autonómica severa y temprana**
- **Parálisis de la mirada hacia arriba**
- Otros movimientos involuntarios además del temblor

res severos. Levodopa se asocia con carbido-
pa para bloquear la enzima dopa-decarboxi-
lase, evitando así la conversión periférica de
la levodopa a dopamina.

Los agonistas de dopamina, tales como
bromocriptina, pergolida, ropinirol o prami-
pexol, causan menos complicaciones motoras
que la levodopa, y se prefieren como agen-
tes iniciales en los pacientes más jóvenes.
También pueden usarse como terapia coadyu-
vante en los casos tratados con levodopa.

En los casos tempranos, definidos como
evolución de la enfermedad de menos de 5
años, o en aquellos con síntomas leves, puede
obtenerse una mejoría sintomática con el uso de
inhibidores de la monoamino-oxidasa-B (MAO-
B), amantadina o los agentes anticolinérgicos.
Sin embargo, el uso de este último grupo de fár-
macos es limitado por sus efectos secundarios,
especialmente en los adultos mayores.

Es indispensable que el especialista en
Neurología participe en el manejo de los
casos avanzados, especialmente aquellos que
han desarrollado complicaciones motoras con
el uso de levodopa.

Conclusión

Las manifestaciones clínicas de parkinso-
nismo pueden ser ocasionadas por distintas
condiciones, de las cuales la enfermedad de
Parkinson es la más frecuente. Otras enfer-
medades deben incluirse en el diagnóstico
diferencial.

Es importante que los médicos que brin-
dan atención primaria tengan una buena com-
prensión de la enfermedad de Parkinson, espe-
cialmente porque su prevalencia debe aumen-
tar al incrementarse la edad de la población
general. Sin embargo, debe tenerse claro que

“Las auto evaluaciones de
este texto se encuentran en
las publicaciones originales
en el sitio:

www.ampmd.com

el tratamiento se hace mucho más complicado
a medida que la enfermedad progresa, por lo
que es recomendable el manejo en coordina-
ción con el especialista en Neurología.

Bibliografía recomendada

1. Clarke CE. “Neuroprotection and phar-
macotherapy for motor symptoms in
Parkinson’s disease”. *Lancet Neurol* 2004;
3: 466-74.
2. Movement Disorder Society Task Force on
Rating Scales for the Parkinson’s Disease.
“The Unified Parkinson’s Disease Rating
Scale (UPDRS): status and recommenda-
tions”. *Mov Disord* 2003; 18: 738-50.
3. Nutt JG, Wooten GF. “Clinical practi-
ce. Diagnosis and initial management of
Parkinson’s disease”. *N Eng J Med* 2004;
353:1021-7



**A pesar de que
algunos fármacos
pueden retardar la
progresión, hasta
el momento ningún
agente ha probado ser
verdaderamente eficaz
como neuroprotector.**