



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza

N E M E S I S O D O N T O L O G I C A :
Estudio de Casos de Cirugía en la Clínica Zaragoza

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

JAIME VENEGAS SOLACHE

Asesor: C. D. Gilberto Ríos Ferrer

México, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

I. P R O T O C O L O	<u>Pág.</u>
1. Introducción	1
2. Fundamentación de la elección del tema	5
3. Planteamiento del problema	7
4. Material y método	11
5. Objetivos	13
6. Hipótesis	14
II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
1. Némesis Odontológica	15
1.1. Yatrogénesis Clínica	16
1.2. Yatrogénesis Social	30
1.3. Yatrogénesis Cultural	46
III. PRESENTACION DE RESULTADOS	58
IV. CONCLUSIONES	
1. Conclusiones finales	63
2. Propuestas y/o alternativas	66
ANEXOS	67
REFERENCIAS	73
BIBLIOGRAFIA	78

I. PROCOLO

1. INTRODUCCION

Al elaborar esta investigación tenemos en mente únicamente la salud de los pacientes que fueron y serán atendidos en las clínicas de la escuela, a los que se les atiende con el fin de acreditar un semestre, teniendo poco cuidado en su terapia, sin cuidados postoperatorios, importando poco los problemas que pudiese presentar una vez dado de alta. Esto no lo decimos porque todos sean mal atendidos, sino porque debemos eliminar esos pocos o muchos que sean maltratados para que así la institución donde aprendemos, esté cumpliendo adecuadamente sus funciones, y que tiene por objeto minimizar o erradicar los problemas bucales de una sociedad particular.

Lo anteriormente expuesto es ocasionado debido a que en la formación de los odontólogos, la enseñanza va dirigida hacia los aspectos de reconstrucción y mutilación, tales como: Operatoria, Exodoncia, Prótesis, las cuales en la mayoría de las escuelas se presta de un 50 a un 70% de tiempo dedicado a la enseñanza.

La razón de que se dedique más tiempo a estos aspectos es porque son los tratamientos más comunes en la población, dejando la cirugía y los aspectos de administración, para prestarles más tiempo en las especialidades, en las categorías de investigación, docencia, servicio.

Esta limitación de la educación de la cirugía en la formación de los odontólogos, ocasiona que se atiendan casos muy sencillos en las escuelas y que los que sean de mayor dificultad se realicen por especialistas y no por cirujanos

dentistas de práctica general, haciendo la cirugía más cara, por ser practicada con personal, instrumental y material especializado, cuando el odontólogo de práctica general pudiese hacer la misma cirugía a menor costo y sin utilizar instrumental y materiales complejos e innecesarios.

Es probable que en algunas escuelas de Odontología el problema del tiempo de enseñanza dedicado a la cirugía esté siendo reforzado por la donación de conocimientos, es decir, una educación en la que el profesor es poseedor de la verdad y el alumno lo recibe sin discusión ni análisis, ésto favorece una profesión poco crítica en la cual los conocimientos evolucionan a paso muy lento, y la educación es impartida por profesionistas consagrados por ser muy populares o porque han logrado acumular más dinero explotando su profesión.

Otro de los factores importantes de la educación odontológica en México que nos menciona Víctor López Cámara es la ubicación de las clínicas que se encuentran en las escuelas o en la periferia, en las cuales el alumno tiene que buscar a su paciente para cubrir los objetivos que se le exigen, tendiendo siempre a esforzarse lo menos posible, ésto no representa la realidad de los problemas que inciden en la población y por lo tanto que debe enfocar la profesión.

Estos odontólogos están siendo formados para reproducir un sistema de atención en salud que ha demostrado ser poco eficiente, sin embargo en concursos nacionales de Odontología, el sistema modular ha demostrado ser eficaz en últimas fechas, la E.N.E.P. Zaragoza ha obtenido buenos lugares (1). También se ha visto que los exalumnos son maestros de la misma, nuestra escuela en Latinoamérica es reconocida, nosotros como exalumnos recientemente egresados y-

motivados porque nuestra escuela sea cada día mejor aceptada, y que cada vez tenga un nivel académico en constante avance, tenemos que plantear ciertos -- problemas que para nuestra opinión son la causa de que los alumnos cometan -- ciertos errores, tengan determinadas fallas o que se despersionalicen en el -- diagnóstico y la terapéutica.

De aquí que nosotros escogiésemos para la elaboración de esta investigación - el título de Némesis (2). A los errores médicos les llamamos yatrogénias, -- que viene del griego "iatros" que significa médico, y de "génesis" que signi- fica origen, y a la crítica a esta yatrogénia la llamaremos Némesis.

Para realizar esta investigación escogimos la cirugía de mesiodens, ya que la cirugía es uno de los tratamientos más complicados de realizar a nivel odonto- lógico, por lo que se deben tener conocimientos de anatomía y fisiología, y - para llevarla a cabo, se debe tener un estudio clínico y radiográfico del pa- ciente, así como los análisis pre-operatorios hasta los post-operatorios, es- te tipo de tratamientos son los que en el caso de que se cometiera una yatro- génia tendrían secuelas de gravedad y de gran importancia.

Entre los diferentes tipos de cirugía a nivel odontológico seleccionamos la - de mesiodens por ser poco frecuente en la población lo que nos facilita revi- sar todos los casos realizados en la escuela desde su fundación, para tener - una muestra fácil de manejar tomando en cuenta que todas las cirugías a nivel de cavidad oral tienen complicaciones similares y que dicho procedimiento qui- rúrgico se toma como excusa, ya que el estudio no es sobre cirugía de mesio- dens sino de sus posibles yatrogénias; puesto que todas las cirugías tienen -

los mismos cuidados pre-operatorios, post-operatorios y por lo tanto las mismas secuelas o complicaciones yatrogénicas.

Todo lo anterior se elaboró tomando en cuenta que las complicaciones ocurridas pudieron haberse originado por el paciente, debido a su nivel socio-cultural, tomándolo como unidad Bio-Psico-Social. Ya que esto debido a su corta edad o a su cultura pudo haber desobedecido las indicaciones que se le dieron, como por ejemplo, fumar, comer grasas o alimentos irritantes después de la cirugía. Por otra parte la higiene pudo no haber sido la correcta o simplemente no hubo, esto aunado a infinidad de factores, que influyen directamente sobre los cuidados postoperatorios.

2. FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA

Dentro de la formación del odontólogo deben obtenerse conocimientos básicos o fundamentales tanto teóricos como prácticos, procurando una integración que permita proporcionar en el ámbito de las especialidades condiciones de desarrollo profesional; los cuales no han podido lograrse por el alto índice de deficiencias observadas durante el transcurso de nuestra carrera en la E.N.E.P. Zaragoza, sobre todo a nivel práctico dentro de las Clínicas Multidisciplinarias de la misma.

Por lo anterior surge el interés por observar profundamente las consecuencias que se pueden provocar debido a esas deficiencias tomando como ejemplo el área de cirugía. Siendo estos tratamientos de bastante complejidad, a veces no se llevan a cabo los cuidados adecuados como son: examen del paciente en su conjunto bio-psico-social, accidentes hemorrágicos, e indicaciones terapéuticas; ya que sin estos cuidados se pueden producir secuelas yatrogénicas y se pone en peligro la salud del paciente.

Del área de cirugía tomamos como ejemplo a la patología del mesiodens en su tratamiento ya que es un tema poco tratado por una gran parte de alumnos, maestros y odontólogos.

Al detectar las consecuencias de las deficiencias de los alumnos como son posibles secuelas yatrogénicas del mesiodens, determinamos algunas posibles alternativas o recomendaciones para evitar este tipo de anomalías dentro de las clínicas. Intentando así que el profesional adquiera conciencia de la tera-

péutica instrumental unida a la medicamentosa para desarrollar sus actividades en el mejoramiento técnico-científico, siendo apto para establecer un óptimo de condiciones al organismo. Dentro de estos principios se torna necesario profundizar la formación profesional en donde los conocimientos diversificados sean sedimentados, integrándolos en un objetivo final; la formación de profesionales dispuestos a servir en mejor forma a la sociedad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Zaragoza en la carrera de --
Odontología, a los alumnos para acreditar el Módulo Clínica Integral se les --
exige cierto número de procedimientos, según la dificultad del semestre en --
curso.

Como el alumno al principio del semestre desconoce los problemas a los que se
va a enfrentar y por lo tanto no los sabe diagnosticar sino hasta haber lleva
do dicha patología en el Módulo de Teoría Odontológica, reduciendo así el --
tiempo del semestre por lo que se ve obligado a realizar procedimientos en --
forma rápida ya que si no cumple con los objetivos no acreditará el semestre.
Es por esto que pierde el interés por su paciente, importándole más acreditar
su semestre que la salud del mismo.

Desde nuestro punto de vista es de mayor interés la cirugía por ser ésta la -
que mayores problemas causa al paciente, provocando así secuelas yatrogénicas
de mayor gravedad. Por lo tanto, la cirugía es uno de los tratamientos más -
complicados de llevar a cabo en el campo de la Odontología, al realizarse se
debe de prestar mucha atención a sus tres fases quirúrgicas (pre-operatorio,
trans-operatorio y post-operatorio) como sería hacer un buen diagnóstico de -
los resultados obtenidos de los exámenes de laboratorio, esterilización co- -
rrecta de instrumentos, tener los suficientes conocimientos teóricos y básic--
cos sobre las técnicas para llevar a cabo correctamente el trans-operatorio,
así como una correcta eliminación de suturas y una buena observación del pe--
ríodo de cicatrización hasta la completa recuperación.

Aunque así se maneje en la teoría, en la práctica a la hora de realizar el -- acto quirúrgico en la clínica Zaragoza, el alumno presta un mínimo de atención a los cuidados de su paciente; tratando de obtener una calificación para acreditar su semestre, dejando un post-operatorio incompleto.

a) GENESIS

El problema parte de la necesidad de prestarle mayor atención a los procedimientos quirúrgicos practicados en las clínicas, ya que como menciona Illich "la enfermedad yatrogénesis clínica comprende todos los estados clínicos en los cuales los remedios, los médicos o los hospitales son los agentes patógenos o enfermantes" (3). Con esto podemos decir que los alumnos universitarios al prescribir un medicamento mal, al anestesiar con una aguja mal esterilizada, al llevar a cabo una cirugía sin antes haber esterilizado bien su instrumental quirúrgico, estarán produciendo la denominada enfermedad yatrogénesis clínica; esto causado porque no hay un verdadero interés por la salud de su paciente, sino por una firma que les permita acreditar el semestre, lo mismo que el profesionalista al no poder solventar económicamente el paciente su post-operatorio, es dado de alta porque no satisface las necesidades económicas del profesionalista olvidándose así de que éste pueda tener complicaciones posteriores.

b) DESARROLLO

En el caso de los alumnos universitarios, obteniendo la firma del profesor el paciente ya no es atendido, puesto que están satisfechas las necesidades del alumno, quedando el post-operatorio sin llevar a cabo.

Por esto Illich determina el papel en que están actualmente los hospitales -- universitarios en la siguiente cita: "En un hospital tecnológico complejo, la negligencia pasa a ser un 'error humano aleatorio', la actitud encallecida se convierte en 'desapego científico' y la incompetencia se transforma en 'falta de equipo especializado' " (4). Posteriormente los compara con los hospitales no universitarios concluyendo: "los hospitales universitarios son relativamente más patógenos o para decirlo más llanamente producen más enfermedades. -- También se ha comparado que uno de cada cinco pacientes internados en un típico hospital para investigación adquiere una enfermedad yatrogénica, algunas veces trivial, que por lo común algún tratamiento especial es requerido y uno de cada treinta conduce a la muerte" (5).

c) ESTADO ACTUAL

"La despersonalización del diagnóstico y la terapéutica hace que el ejercicio profesional impropio, deje de ser un problema ético y se convierta en un problema técnico" (6). Esto se ha observado en las clínicas de concentración de la E.N.E.P. Zaragoza, en las que el alumno se preocupa por una firma no por la salud del paciente y que al salir mal un procedimiento no se preocupa por el estado de su paciente, sino que enfoca más su atención hacia las fallas que tuvo en su técnica quirúrgica.

d) PROPUESTAS

En este estudio revisaremos los expedientes de los pacientes que se sometieron a cirugía de mesiodens en la clínica de concentración de la E.N.E.P. Zara

goza, para así elaborar un estudio clínico y radiográfico postquirúrgico, determinando la existencia de secuelas; evaluando así el grado de efectividad - con que estos tratamientos son controlados en la clínica de concentración Zaragoza

4. MATERIAL Y METODO

El método que se utilizó para esta investigación fue el método científico.

Recopilamos información y ampliamos nuestro marco teórico en libros, revistas y pláticas para saber como se iba a abordar esta investigación.

Acudimos a la Clínica Zaragoza para seleccionar el material con que se iba a trabajar, ésta contaba con todas las historias clínicas de los pacientes atendidos por los alumnos de la primera y segunda generaciones, sin tomar en cuenta pacientes que fueron atendidos por alumnos de la E.N.E.P. Ixtacala, alumnos que trabajaron el primer año en dicha Clínica.

El total de expedientes fueron 19,000, se seleccionaron uno por uno y se encontraron treinta y nueve a los que se les trató de cirugía de mesiodens. Se elaboraron citatorios a los pacientes, a algunos se les llamó por teléfono, a otros por carta o se les visitó personalmente en su casa. De estos pacientes únicamente cooperaron diecinueve, los faltantes no quisieron cooperar tal vez porque se les atendió mal o no se les localizó, así que como la población era pequeña se trabajó con toda y no se obtuvo una muestra.

Estos pacientes se seleccionaron y analizaron dependiendo del tipo de secuela que presentasen para así cuando se obtuvieron los resultados, se elaboraron gráficas para mayor claridad y mejor presentación.

Las preguntas de los cuestionarios están basadas en los indicadores de las va

riables de nuestra hipótesis. Después de haber captado la información de los cuestionarios, seleccionamos las preguntas que nos fueron de utilidad ya que anexamos algunas únicamente como distractores para tener más fiabilidad en las respuestas. A estas respuestas se les elaboró un código de alternativas de respuestas, y las preguntas abiertas se cerraron en rangos para poderlas codificar.

Por lo pequeño de nuestra población procesamos la información por medio de tabulación manual, por no tener disponibles medios electrónicos o mecánicos. Para la tabulación manual construimos tablas o cuadros estadísticos, utilizamos hojas tabulares en las que concentramos la información. Estas hojas tenían en el lado izquierdo el número del cuestionario que se tabula y en la parte superior el número de pregunta.

Después de la frecuencia de las respuestas de cada pregunta se le sacó un porcentaje tomando en cuenta que 19 equivale al 100%. Con estos datos graficamos los porcentajes de las secuelas yatrogénicas. Los resultados los presentamos en gráficas para mayor claridad y comprensión del trabajo.

5. OBJETIVOS

- a) Evaluar el grado de efectividad con que se llevan a cabo las acciones quirúrgicas de mesiodens en la clínica de concentración de Zaragoza.
- b) Detectar secuelas yatrogénicas causadas en pacientes sometidos a tratamiento odontológico en la clínica de concentración Zaragoza, tomando como - - ejemplo la cirugía de mesiodens.
- c) Determinar algunas posibles alternativas o recomendaciones para que de esta manera se preste mejor atención al paciente y el alumno esté más motivado.

6. HIPOTESIS

Dado a que no se llevan a cabo correctamente las fases quirúrgicas en la clínica Zaragoza, y no se presta la debida importancia a cada una de dichas fases, no se lograrán alumnos preparados y se observa desapego y desinterés hacia sus pacientes, no logrando disminuir la cantidad de secuelas yatrogénicas.

II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1. NEMESIS ODONTOLOGICA

Comenzamos este capítulo definiendo el concepto de Némesis, tomando como punto de partida el trabajo de Iván Illich quien nos describe: "Los griegos veían dioses en las fuerzas de la naturaleza. Para ellos némesis representaba la -venganza divina que caía sobre los mortales que usurpaban los privilegios que los dioses guardaban celosamente para si mismos. Némesis era el castigo inevitable por los intentos de ser un héroe en lugar de un ser humano" (7). Tal es el significado de este concepto, por lo tanto en nuestra investigación la entendemos como crítica a las yatrogénias, ya que para un odontólogo la crítica es el castigo más fuerte que puede recibir, tanto de los demás odontólogos como de sus pacientes. Si sus colegas lo rechazan y critican negativamente -provocarán que éste se aisle, que no se actualice por no asistir a conferencias, cursos, inscribirse en diferentes revistas, etc. y por lo tanto será un profesional mediocre discriminado por sus compañeros.

Por otra parte la crítica en los pacientes puede causar que se difunda una mala información acerca de dicho odontólogo disminuyendo cada vez más la cantidad de pacientes solicitando sus servicios.

Esta Némesis que proviene de las yatrogénias originadas por los odontólogos - en su práctica profesional, puede ser originada por diferentes tipos de yatrogénias, que explicaremos a continuación.

Al existir diversos tipos de enfermedades, el odontólogo se ve obligado a investigar diversos tipos de técnicas y medicamentos nuevos para combatirlas. -

De aquí surge una nueva enfermedad, una epidemia debida a los intereses o a la poca importancia del odontólogo a lo que hace en su práctica profesional, a la que se ha llamado yatrogénia (del griego "iatros" que significa médico y de "génesis" que significa origen); esto es de origen médico o que el médico ocasiona (8).

Es de esta nueva enfermedad que tratamos de hacer conciencia de lo que es, de cómo podríamos combatirla y prevenirla; sobre todo donde se están formando futuros odontólogos, como en nuestro caso.

Un ejemplo de lo anterior, es nuestra investigación en la que nos dimos cuenta de pacientes que tienen ausencia de un incisivo central y tienen en oclusión un diente supernumerario, en este caso el paciente en lugar de asistir con los alumnos a que solucionaran su problema, se lo agravaron y en casos hasta es necesario practicar la cirugía nuevamente.

Dependiendo del odontólogo que trata a su paciente, de la situación social del paciente, o de su cultura, la yatrogénia es dividida por Illich en tres tipos que son: Yatrogénesis Clínica, Social y Cultural.

1.1 YATROGENESIS CLINICA

Este tipo de yatrogénia incluye el daño que los odontólogos infligen con la intención de curar a su paciente o de explotarlo y también otros perjuicios que resultan por los intentos del odontólogo para protegerse de algún posible juicio por mal ejercicio profesional (9).

En este tipo de yatrogénia, existe yatrogénia por mal ejercicio profesional y también la yatrogénia por no ejercicio profesional; es decir, cuando el odontólogo es incapaz de diagnosticar ciertas patologías que traerán complicaciones posteriores. Como ejemplo citamos el caso de no colocar placas Hawley o mantenedores de espacio para prevenir desplazamiento dentario que es causa etiológica de dientes incluidos y tener que efectuar nuevamente una cirugía para eliminar piezas dentarias.

En el campo de nuestra investigación son de especial interés los fenómenos de inflamación, cicatrización e infección en relación a las complicaciones posteriores a la cirugía; por lo que haremos una breve revisión de ellos a continuación, abordándolos para su estudio en forma conjunta.

El proceso inflamatorio en la práctica médica es uno de los procesos más frecuentes e importantes; es la principal manifestación. Aunque se considere como un mecanismo de defensa, es responsable de muchos síntomas y complicaciones de muchas enfermedades. Se acostumbra pensar en las bacterias y en algunas otras formas vivientes como causa de inflamación, pero muchos agentes no vivientes de la índole de calor, frío, energía radiante, lesiones eléctricas o químicas y traumatismos mecánicos sencillos también pueden actuar como influencias destructoras y suscitar reacciones inflamatorias. (10)

Un aspecto importante de la inflamación es considerar que es un proceso estático, desde el principio de una reacción inflamatoria hasta el final; ya sea que éste termine en la cicatrización o en la muerte del organismo, existen cambios continuos, hay modificaciones de tipo bioquímico

co en las células y tejidos, trastornos metabólicos, lesiones anatómicas de varias formas de degeneración, regeneración, infiltración o proliferación. (11)

La inflamación generalmente se acompaña de dolor, fiebre, malestar general. Es la reacción local inespecífica del tejido conjuntivo vascularizado a la lesión. Todos los elementos que integran el tejido vascular forman parte de la inflamación, por lo que zonas que son avasculares no tienden a inflamarse (por ejemplo: la córnea, a menos que vaya precedida de proliferación vascular). En animales pequeños que carecen de sistema vascular la inflamación está representada por la fagocitosis. (12)

Cuando la piel humana se estimula con un objeto como se provoca una reacción en los vasos visibles macroscópicamente, aparece de tres a ocho segundos una zona roja; al principio es de color rojo pero pronto adquiere un tono azulado, esta línea se forma debido a la dilatación de los capilares por aumento de circulación, el endotelio que reviste las arteriolas se abre para que salga plasma hacia la sustancia intercelular adyacente después de las células cebadas hay secreción de histamina (Amina vasoactiva). Al escurrimiento de plasma hacia la sustancia intercelular se llama exudación.

Tan pronto ocurre la exudación se ven polimorfos (neutrófilos y leucocitos granulados) atravesar el revestimiento endotelial de las arteriolas y poco después se encuentran con pseudopodos, para después escurrirse ha

cia la sustancia intercelular que está fuera de la arteriola e irse hasta el sitio donde se están multiplicando bacterias; lo que hace que los polimorfos sean atraídos por las bacterias se llama quimiotaxis (12); -- que es la facultad de ciertos cuerpos de ejercer sobre otros una acción atractiva o repulsiva, el primer caso es quimiotaxia positiva y en el segundo negativa.

La reactividad de los leucocitos a los gradientes de concentración de -- factores quimiotácticos pudiera explicarse fácilmente porque estas células siguen emigrando hasta que llegan al centro del foco inflamatorio.

Algunos factores quimiotácticos actúan únicamente sobre los leucocitos -- polimorfonucleares, otros nada más sobre las células polimorfonucleares -- y pocos afectan a las dos clases de leucocitos.

El complemento tiene papel vital en la acumulación de leucocitos en focos de inflamación, las influencias quimiotácticas paramononucleares dependen de manera crítica de los leucocitos polimorfonucleares; mientras -- que el complejo timolecular activado de complemento (C5, 6, 7) puede -- ser activado por complejos inmunitarios que desencadenan interacción sucesiva de los primeros siete componentes del complemento. Este complejo trimolecular también puede ser activado por esterazas contenidas en los leucocitos polimorfonucleares.

Primero se fija un componente del complemento en el sitio de la reacción antígeno-anticuerpo, se activan otros componentes del mismo y se combi--

nan para formar una lipasa activa que actúa sobre la membrana celular de las células patógenas de modo que su contenido ya no es retenido por las membranas y mueren por lisis.

En el caso de las infecciones virales las células infectadas liberan una proteína llamada interferón que inhibe la producción de virus, los virus son inactivados por los anticuerpos sin que intervenga el complemento en la reacción.

Si el agente lesivo es una bacteria patógena que atrae polimorfos, las bacterias son englobadas por la membrana celular del polimorfo hasta que dar en un saco dentro del citoplasma; a este saco se le denomina fagosoma. Los gránulos neutrófilos específicos del polimorfo se fusionan con el saco que contiene el agente lesivo y se fusionan con el mismo los gránulos neutrófilos; así el agente es destruido por los lisosomas de los polimorfos, esto no quiere decir que la función de los lisosomas sea únicamente la destrucción de bacterias fagocitadas sino que en ciertas condiciones pueden ser liberados por los polimorfos para que ayuden a producir o causen por sí solos una reacción inflamatoria.

Los componentes de una reacción antígeno-anticuerpo pueden circular y fijarse en algún sitio y si atraen complemento atraerán a los leucocitos polimorfonucleares que a su vez se romperán y liberarán lisosomas los cuales lesionan el tejido y desencadenan una respuesta inflamatoria aguda.

El calor, enrojecimiento y la tumefacción son producidas por el cuerpo - y no por las bacterias, el cuerpo secreta sustancias en la zona de la - infección llamadas mediadores químicos de la respuesta inflamatoria agu- da. Hay gran cantidad de éstas, entre ellas las aminas vasoactivas; una de éstas es la histamina, la cual es liberada por las células cebadas de la que no se conoce su función en el hombre.

Se cree que los antígenos pueden producir toxina suficiente para hacer - que se libere histamina bastante para iniciar reacción exudativa y la -- emigración de polimorfos para que desencadenen el proceso inflamatorio - agudo que se conservaría hasta que la infección se haya superado.

Los signos de la inflamación aguda son: rubor, calor, tumor y dolor; a - estos se agregó posteriormente la pérdida de la función. Los mecanismos responsables de estos signos son:

Rubor.- Dilatación arteriolar secundaria al reflejo del axón, dilatación venular ocasionada por mediadores químicos.

Calor.- Vasodilatación.

Tumor.- Se presenta vasodilatación por aumento de la permeabilidad vascu- lar, en la que ocurren dos fenómenos: la formación de orificios entre -- las células endoteliales por contracción de las mismas o por su destruc- ción.

Dolor.- Se debe probablemente al estiramiento de las fibras nerviosas -- o a la acidez secundaria a hipoxia.

Pérdida de la función.- Dolor (ejem. inmovilización articular en la fiebre reumática), formación de exudado inflamatorio (ejem. insuficiencia respiratoria por bronconeumonía), destrucción tisular (destrucción del cartílago articular en la artritis reumatoide). (14)

En la inflamación según su gravedad existen diferentes cambios debido al período de vida de diferentes células, encargadas de eliminar al agente-agresor. Estos cambios son los siguientes:

Respuesta inmediata limitada. Ocurre primero la contricción arterial - - transitoria, de índole refleja y dependiente de vías nerviosas autónomas íntegras. Como consecuencia hay reducción brusca de volumen de sangre - que fluye hacia el sitio afectado. Unos minutos después, tanto por efecto reflejo como por liberación de mediadores locales, se produce vasodilatación arteriolar. Hay ahora rubor y calor, y un excesivo volumen de sangre en capilares y vénulas. Si el estímulo inicial cesa, el proceso se autolimita y se resuelve en minutos.

Respuesta tardía. Esta ocurre cuando el estímulo inicial fue mayor que el caso anterior o fue sostenido. Al estancarse la sangre hay lesión en dotelial en capilares y vénulas, pero aún hay un proceso reversible y re solutivo en un plazo de 24 a 48 hrs. (15)

Respuesta continuada. Resulta de una lesión irreversible del endotelio que al morir permite la libre extravasación de sangre; hay coagulación y hemorragia y la lesión no es resolutive, sino tiende a ser proliferativa y fibrosante.

Fenómenos leucocitarios:

La sucesión de acontecimientos puede dividirse en lo siguiente: 1) marginación y pavimentación, 2) migración, 3) quimiotaxis, 4) conglomeración, y 5) fagocitosis.

1) Marginación y pavimentación. En la sangre que fluye de manera normal los leucocitos y eritrocitos en los microvasos están circunscritos en la columna central axial, al sobrevenir lentitud los leucocitos se desprenden y adoptan sitios de contacto con el endotelio, hasta que el endotelio tiene aspecto de estar revestido por estas células y los leucocitos se aglutinan formando pilas de monedas. (16)

2) Migración. Mientras tanto el endotelio venular responde contrayéndose, ya que estas células, como toda célula, poseen el equivalente de un sistema muscular formado por microfilamentos de actina y miosina, proteínas contráctiles que causan la retracción celular y la aparición de poros por donde el contenido vascular puede salir para ser atrapado en el espacio subendotelial entre la membrana basal y el endotelio si se trata de partículas o elementos formes o difundirse al interespacio si se trata de fluidos. Después por algún camino secundario desconocido, atravie

san la barrera al parecer impermeable de la membrana basal hasta alcanzar sitio extravascular. Hay dos oleadas netas de actividad leucocitaria: - una oleada inmediata alcanza proporciones masivas en las arteriolas en - 30 a 40 minutos; la oleada tardía ocurre en los capilares y las vénulas - horas después. En la primera oleada, escapan neutrófilos y monocitos; - pero en la fase tardía el reclutamiento continuado de monocitos excede - el de neutrófilos. (17)

Los eritrocitos también pueden salir de los vasos sanguíneos, particularmente en lesiones graves; este parece ser expulsado pasiva e involuntariamente del vaso lesionado por presión interna después de los leucocitos migratorios. Fenómeno llamado Diapédesis, esto explica la aparición de exudados hemorrágicos en las reacciones inflamatorias más graves.

3) Quimiotaxis. Puede definirse como la migración unidireccional de -- leucocitos hacia un agente que los atrae; responden a estímulos de esta índole granulocitos, que incluyen eosinofilo, basofilos, monocitos y en menos medida linfocitos. Cuando han salido de las arteriolas emigran -- con rapidez hacia el foco inflamatorio.

4) Conglomeración. En etapa inicial en el sitio del daño hay gran cantidad de leucocitos polimorfonucleares, pero la rapidez de llegada de es tos disminuye después de los primeros días; en tanto que sigue constante por semanas la llegada de células mononucleares. Además, la muerte de - polimorfonucleares libera enzimas que activan factores quimiotácticos pa ra las células mononucleares, los mononucleares exceden en número de los

neutrófilos en las fases posteriores de la reacción inflamatoria porque algunos pueden persistir meses en estado funcional sin dividirse y otros - que tienen vida más breve poseen la facultad de proliferación local.

5) Fagocitosis. Los neutrófilos segmentados y los macrófagos (células del sistema retículo-endotelial) son las principales células que intervienen para la ingestión y muerte de bacterias, se originan en la médula ósea. Los neutrófilos integran la primera línea defensiva, son células de vida muy corta que no se dividen. Al salir de la médula ósea van equipadas con varias enzimas y sustancias antimicrobianas que se utilizan para la degradación y eliminación de bacterias. Los macrófagos tienen un período de vida mayor y sobreviven en los tejidos por varias semanas o meses, pueden sintetizar DNA y multiplicarse, también contienen lisosomas y sustancias bactericidas; la mayoría de los lisosomas se forman en el macrófago maduro cuando se activa por contacto con bacterias u otros materiales extraños.

Los procesos fagocitarios se dividen en dos fases: 1) fijación (adherencia) de la bacteria a la membrana celular, y 2) ingestión.

1) Si el fagocito atrapa a la bacteria contra una superficie aspera, -- donde no puede deslizarse, la ingestión ocurre sin fijación previa y el fenómeno se conoce como fagocitosis en superficie. 2) Si la superficie resbalosa de la bacteria es revestida por algún anticuerpo específico -- que tenga afinidad por la membrana del leucocito mediante su porción Fc, la fijación al fagocito y la ingestión suceden con más facilidad. El --

proceso de fijación de la bacteria a la membrana del fagocito mediante anticuerpos se denomina opsonización. Después la célula proyecta pequeños pseudópodos alrededor de la bacteria, éstos se unen y forman así una bolsa alrededor de la bacteria integrada por la membrana celular. Esta estructura se denomina fagosoma y toda la energía requerida proviene de la glucólisis; algunos microfagos como los alveolares, utilizan procesos aerobios oxidativos. (18)

En el interior del fagocito ocurre la desgranulación, los lisosomas que contienen enzimas hidrolíticas y sustancias bactericidas, se funden con el fagosoma y descargan su contenido en el interior de éste, la mayoría de bacterias mueren en cuestión de minutos, aunque la degradación total de la bacteria requiere de varias horas. Existe un sistema bactericida intracelular que se conoce como de la mieloxidasa. En presencia del peróxido de hidrógeno y la peroxidasa, el cloro o el yodo se combinan con la bacteria y le producen la muerte.

La fase de reparación requiere de la formación de fibroblastos que derivan probablemente de las células indiferenciadas que se encuentran diseminadas a lo largo de los vasos sanguíneos más pequeños, que sintetizan y elaboran colágena, formando fibras, después aparecen yemas de capilares nuevos desde los vasos preexistentes para abastecer sangre donde se requiere y las fibras de colágena se orientan paralelamente formando una cicatriz.

Al tejido formado por los vasos de neoformación y los fibroblastos se --

llama tejido de granulación. En los primeros días los fibroblastos muestran numerosas mitosis y progresivamente disminuyen en número y tamaño a medida que se lleva a cabo la síntesis y secreción de colágena. Esta es una escleroproteína formada por agregación de monómeros que se designan con el nombre de tropocolágena constituidos por tres cadenas de polipeptidos con un elevado contenido de glicina e hidroxiprolina. La restitución anatómica de la lesión termina aproximadamente al décimo quinto día. En este momento el principal componente de la cicatriz es la colágena, los fibroblastos y los vasos neoformados son escasos.

Cuando existe infección hay un crecimiento de bacterias en la zona de la lesión, formando abscesos, los cuales suelen depender de la siembra profunda de bacterias piógenas en un tejido. En etapa inicial es una acumulación focal de neutrófilos, en una cavidad producida por la separación de elementos celulares existentes o por la necrosis colicuativa de las células de tejido o el órgano. Al evolucionar, puede extenderse como resultado de la necrosis progresiva, en esta etapa algunos neutrófilos comienzan a deteriorarse y se tornan parcial o completamente necróticos. Entonces, la región central se presenta como una masa de restos granulosa, acidófilos, amorfos y semilíquidos constituida por los leucocitos y células necróticas. Por fuera del foco necrótico ocurren dilatación vascular y proliferación parenquimatosa y fibroblástica que indican el comienzo de la reparación. Con el tiempo el absceso puede ser tabicado por tejido conectivo muy vascularizado que funciona como barrera para impedir la diseminación, aparecen abundantes macrófagos en períodos ulteriores de cicatrización, los macrófagos pueden llegar al foco central

crótico y acabar sustituyendo a los neutrófilos.

La cicatrización de un absceso sólo puede ocurrir cuando se ha eliminado el exudado supurativo y los restos necróticos, pues su presencia suscita inflamación. El absceso puede alcanzar la superficie del órgano o tejido y expulsar su contenido al romperse. Este mecanismo causa daño tisular amplio, si el absceso es accesible a la cirugía, cabe emplear la incisión y el drenaje quirúrgico. Si el absceso no se evacúa, aún puede ocurrir cicatrización después que la digestión proteolítica completa de los restos tisulares y celulares. Este producto acuoso de la digestión puede experimentar resorción hacia la sangre. A veces permanece líquido focolado dentro de una envoltura fibrosa, la cual produce quiste. El absceso es la acumulación localizada o circunscrita de pus; elementos líquidos que contiene neutrófilos muertos y en vías de destrucción así como restos celulares del huésped, suele ser eliminado del organismo por drenaje hacia una superficie externa como piel o mucosa o bien se difunde por la sangre o los linfáticos y es transportado para ser destruido en otros sitios. (20)

La mayoría de los microorganismos aislados del exudado de los abscesos son anaerobios y de ellos, la mayor parte, son bacilos gram negativos. En infecciones bacterianas agudas en las que hay invasión metastática (Bucofaringea) o muy raras veces directa, se encuentran microorganismos causales más frecuentes como:

Niños (de 2 meses a 5 años) ... Haemophilus Influenzae tipo B
Streptococcus Pneumoniae
Neisseria Meningitidis

Adultos Streptococcus Pneumoniae
Neisseria Meningitidis
(Haemophilus Influenzae
ocasionalmente en adultos) (21)

1.2 YATROGENESIS SOCIAL

En este tipo de yatrogénesis la salud se convierte en un artículo de consumo cuando todo sufrimiento se hospitaliza y los hogares se vuelven - - inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte.

Es aquí donde se forma un monopolio médico y es donde se vuelve más sano nacer, morir o enfermarse en un hospital que en un hogar. (22)

Los servicios odontológicos en México son proporcionados por egresados - de alguna universidad, practican en forma privada o como parte de alguna institución estatal o paraestatal; también por aquellos que no termina- ron y practican empíricamente, este tipo de práctica se lleva a cabo en - forma individual, cuando se utiliza ayudante lo hace una persona imprepa rada. Los servicios son únicamente los que el paciente solicita, con esto no se llega a un diagnóstico adecuado; predominando en forma masiva - los servicios tales como los de mutilación y reconstrucción para atacar- las últimas etapas de las enfermedades bucales, por lo que estos trata- mientos se vuelven rutinarios y repetitivos.

Esto es lo que ocasiona la aparición de las especialidades, las cuales - por requerir una preparación mayor son llevadas a cabo por menos profe- sionistas que ponen altos precios a sus servicios; por lo que un menor - número de personas pueden pagarlos restringiendo así las especialidades. Un ejemplo de esto es que gran parte de la población padezca maloclu- siones y problemas parodontales entre otros padecimientos de la infancia

que en México existen en gran porcentaje de la misma que no puede recurrir a los diferentes especialistas por los altos precios a sus servicios.

Esto es consecuencia del sistema socioeconómico que priva en México, haciendo que la práctica social dominante en Odontología sea la privada y el profesional trabaje en forma individual, lo que hace que la prestación de sus servicios tenga un carácter marcadamente mercantilista.

La práctica estatal y paraestatal atiende la demanda espontánea de la población que acude a la institución principalmente al alivio del dolor.

Las instituciones trabajan en las etapas tardías de las enfermedades, el profesional trabaja con poco personal técnico o auxiliar, los equipos son obsoletos, con muy pocos cuidados para su mantenimiento. (23)

Esto ocasiona el que haya una palpable diferencia de tipos de necesidades entre las diferentes clases sociales.

Los profesionales que trabajan en forma individual por el carácter mercantilista de sus servicios se sitúan en los lugares a donde existen mayores posibilidades de mejores ingresos y como resultado de esto no se les localiza en el medio rural, concentrándose masivamente en las grandes urbes como el Distrito Federal.

Estos profesionales adquieren aparatos de gran tamaño y costo, que más -

bien sirve como pretexto para impresionar a quien no sabe y encarecer -- sus servicios, pudiendo este simplificarse, en lo que se refiere a instrumental, material y equipo. (24)

En lo que se refiere a las instituciones de salud en el sistema capitalista en el tipo de servicios que prestan y calidad de los mismos, se hace una división marcada claramente en la distribución del presupuesto para la salud. Según datos publicados por la Secretaría de Programación y Presupuesto de un estudio que abarca de 1963 a 1975, López Cámara (25) - nos comenta lo siguiente: "... el 50% de la población más pobre recibió entre el 13 y el 15% del total del ingreso nacional y el 5% más rico absorbió entre el 28 y el 30%. Para 1975, de toda la población del país - el 15% de familias, las más pobres recibieron \$215.00 por mes y el 12% - recibió \$2,610.00; en oposición, el 2.8% obtuvo \$10,531.00 y el 3.4% o - nivel superior recibió \$24,385.00 en promedio al mes. Para 1963 el promedio nacional de gasto en alimentación, vestido y vivienda fue de 89.2% de su ingreso para las familias de más bajos recursos y 54.6% para los - más ricos, disminuyendo estos últimos a 46% en 1968". Estos datos oficiales explican la escasa demanda de los servicios odontológicos ya que los ingresos van encaminados hacia los servicios de mayor prioridad. -- También se explica el porque la diferencia entre los pobres y los ricos y que sean estos últimos los que tengan acceso a los servicios caros de la profesión odontológica

La medicalización del presupuesto nacional es un privilegio de los ricos. En Colombia favorece notoriamente a la clase adinerada, la proporción es

como en Inglaterra, superior al 10%.

Parte de esto ha enriquecido a los médicos que hasta la revolución francesa se ganaban la vida como artesanos. (26)

La proporción de la riqueza nacional que se canaliza hacia los médicos y se gasta bajo su control, varía de un país a otro, esto puede ser de un décimo a un vigésimo de todos los fondos disponibles; los cuales son destinados para atención en salud de la nación y de esto lo único que recibe la gente es un 10%, dinero destinado al tratamiento y suministro de agua, y el 90% restante no se gasta en salubridad sino en tratamiento de enfermos. El presupuesto se gasta en cura y asistencia de enfermos y no en servicios de salud pública. (27)

Por otra parte existe un punto de gran importancia como lo es el medicalizar, el no crear resistencia de los organismos a los antibióticos, el no hacer adictos a los pacientes a algunos tranquilizantes, y el educar para no crear la automedicación. Son puntos interesantes que son causados ya sea por médicos vendidos a algunos laboratorios que realizan investigaciones, poniendo por lo alto el producto a vender. "Culpar a la industria farmacéutica de la adicción a los medicamentos prescritos es por tanto tan irrelevante como culpar a la mafia del uso de drogas ilegales". (28) Estos medicamentos son mal utilizados ya que los laboratorios sacan a la venta novedades, combinaciones de dosis fijas o bien prescripciones de 'yo también' que los doctores recetan porque han sido promovidas". (29)

La industria química farmacéutica en México nace con un alto grado de su perditación a las empresas transnacionales, de treinta que controlaban la producción y venta de medicamentos, 27 se instalaron con capital extranjero y las otras tres fueron compradas posteriormente por laboratorios transnacionales, en 1976 sólo dos eran mexicanas.

Para que el mercado farmacéutico no sea muy competido, las empresas han tendido a especializarse, esta especialización está limitada por la morbilidad existente y los resultados de la etiología local; en 1976, más del triple del mercado lo tenían los antidiarréicos y los antisépticos intestinales, cuando las principales causas de mortalidad en México son precisamente estos males.

En las novedades para burlar los controles de precios cambian únicamente la dosificación y combinaciones de dos o tres sustancias ya utilizadas, pero al introducirlos al mercado permite a los fabricantes conservar o aumentar ganancias.

Los fabricantes gastan más de dos o tres veces el costo del producto en publicidad o promoción de ventas, esto se debe a que existen médicos en el país impreparados, fácilmente manipulables que prescriben y promueven productos que no conocen, fungiendo así como agentes de ventas del producto de los laboratorios transnacionales. (30)

La protección de diecisiete años que la ley de patentes otorga a las nuevas sustancias de importancia ha terminado para la mayoría. Ahora cual-

quiera puede fabricarlas siempre y cuando no use las marcas originales, que se hallan protegidas indefinidamente por las leyes del registro comercial.

Ante la invasión farmacéutica el médico se ve arrastrado ante una medicación indicada por él o por alguien más, que reduce su capacidad para enfrentarse a un cuerpo que él aún puede curar.

Los laboratorios patrocinan eventos tales como congresos médicos gratuitos, regalan muestras médicas, obsequian varios tipos de objetos (ceniceros, plumas, recetarios, cepillos dentales, etc.), para que los médicos-odontólogos receten medicamentos fabricados por ellos. Estos laboratorios fabrican y venden medicamentos sin receta, no importando las consecuencias sino únicamente con sentido comercial.

Así es como la vida del hombre se vuelve un peregrinar a través de exámenes y de clínicas; todo esto comienza desde cuando se nace en el examen prenatal, donde el médico decide si el feto nacerá y cómo nacerá y termina en una señal que indica que la resurrección se suspenda, en este lapso entre el nacer o el morir, está constantemente vigilado por el médico y tomando medicinas de diferentes tipos. Ahora ya hasta la vejez es medicada, quitando en algunas de las veces el derecho a envejecer y morir; hay relativamente cada vez más ancianos susceptibles de estar enfermos y desplazados. (31) Conforme más y más gente de edad adquiere derecho a la asistencia profesional, declinan las oportunidades de envejecer con independencia.

Carlos Marx dice que el hombre vive de la naturaleza, la naturaleza es - su cuerpo, con el que debe mantenerse en un proceso constante para no morir. En la relación práctica del hombre con la naturaleza por medio del trabajo, se da lugar a la transformación de la naturaleza cómo a la del hombre mismo.

La forma singular en que se da el intercambio "metabólico" entre los hombres y la naturaleza que lo diferencia del resto de los animales, es el trabajo "actividad social conscientemente dirigida a un fin, en la que - el hombre consume y desgasta su corporeidad y su capacidad mental para - la satisfacción de una necesidad, de la necesidad de la existencia físi- ca. (32)

Históricamente la naturaleza se ha enfrentado al hombre, al principio como un poder ajeno que se le opone y lo degrada, provocándole enfermeda-- des para cuya curación sólo puede depender de la acción de su naturaleza interna y después, los hombres han ejercido un creciente dominio de la - misma apoyándose en su acción consciente.

En el capitalismo se cumple la separación social del hombre trabajador - respecto a la naturaleza, aquí se da la no propiedad, el despojo de una- masa de individuos de sus condiciones objetivas de trabajo, lo que les - impide el intercambio con la naturaleza. Si quieren comer, los medios - para reponer su vida y su salud, deberán vender lo único que les queda: - su fuerza de trabajo a la clase que los despojó (por ser los poseedores- de las condiciones objetivas del trabajo: la tierra, la materia prima, -

los medios de subsistencia y los instrumentos de trabajo). Estos son -- los proletarios que son lanzados a un mercado libre, que se someten al capitalismo, cuya tarea es el acoplamiento de las masas de brazos e instrumentos que el encuentra preexistentes, los aglomera bajo su imperio.

(33)

El capitalismo se apodera no sólo de la fuerza de trabajo, sino también de las consciencias de los obreros para que su vida y salud se dedique a la producción y acumulación del capital.

Es así como las relaciones sociales de producción capitalistas adquieren un carácter altamente morbígeno para la vida humana y su desaparición-su peración se convierte para la clase obrera, en una necesidad vital de sa lud pública. (34)

Tomando en cuenta que el capitalismo no tiene el objetivo de sustituir el consumo de los trabajadores, sino de acumular el capital y alrededor de este eje se organiza la sociedad, para la reproducción de la salud hu mana.

Durante la producción hay degradación de las capacidades psíquicas y deterioro del cuerpo del obrero, por lo que la producción es también un consumo subjetivo, en el que el productor mismo se consume y gasta para pro ducir la riqueza. (35) O sea hay deterioro de la salud humana para los individuos productores concretos.

Los hombres al consumir su vida, cambian la naturaleza, se apropian de -

ella, transformándola en productos, los consume objetivamente para reproducirse, a este proceso Marx le llama producción subjetiva, en la nutrición por ejemplo, nos es una forma de consumo, el hombre produce su propio cuerpo.

La distribución desigual de la salud está determinada por la organización de la producción, las diferentes relaciones de propiedad y la no propiedad respecto a las condiciones de producción, dividen a la sociedad e implican una distribución desigual de los productos, un acceso desigual al consumo de los medios de vida necesarios para la reproducción humana; es así que la distribución de los hombres en diferentes clases sociales, genera una distribución diferente y desigual de las condiciones de reproducción biológica y social, es decir una distribución desigual e inequitativa de la salud-enfermedad para cada clase social en un momento histórico concreto.

En el proceso de trabajo y salud se da la diferencia en patologías, analizando las condiciones y relaciones bajo las que se desarrolla el proceso trabajo, a que están sometidos los miembros de cada sector de clase. Dependiendo del tipo de trabajo que desarrolle el individuo productor, - se le provoca una patología correspondiente a las características e intensidad del proceso productivo en que es explotado (y que compartirá con sus compañeros de trabajo), implicará una predisposición a la adquisición de otras enfermedades (según las particularidades biológicas del individuo).

También las condiciones de existencia bajo las que transcurra la vida no productiva de los individuos y la calidad del consumo que realice para producir su vida y reponer su salud, provocarán un cuadro patológico que unido a la patología industrial característica de la fracción o estrato de la clase obrera a la que pertenecen, conformarán la totalidad de la situación salud y enfermedad.

Uno de los principales objetivos del capitalismo, es mantener a los poseedores de la fuerza de trabajo (los obreros), en condiciones de reproducirse, para lo que se precisa un mínimo de salud. (36)

Al trabajar, la fuerza de trabajo gasta una cantidad determinada de músculos, de nervios, de cerebro humano, etc., es necesario reponer, para que el trabajador repita mañana el mismo proceso en idénticas condiciones de fuerza y salud, por lo tanto la suma de víveres y de medios de vida habrá de ser por fuerza suficiente para mantener al individuo trabajador en su estado normal de vida y de trabajo. (37)

El salario debe cumplir satisfaciendo con lo anteriormente expuesto, aunque muchos de los casos mínimamente y al descontrol de éste causaría y afectaría considerablemente a la fuerza de trabajo, ya que el salario es la única fuente de la que los trabajadores obtienen los recursos indispensables para la subsistencia de ellos y la de sus familiares, todo hecho que implica pérdida o disminución del mismo, causa a todos ellos perjuicios trascendentales. (38)

Lo anteriormente expuesto lo observamos claramente en las instituciones como: I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., S.S.A., etc. Son instituciones de salud en el sistema capitalista que prevalece en México y por lo tanto tienen políticas basadas en el sistema productivo, como antes mencionamos, encargadas de mantener la salud de sus adscritos, importando únicamente el desarrollo como fuerza de trabajo en la producción.

A nivel odontológico se presta menos importancia y esto varía de una institución a otra. Tomando en cuenta que una persona con o sin dientes desarrolla el mismo trabajo y sólo en casos mínimos y con muchas restricciones se tratan casos complejos, tales como labio leporino y paladar hendido. Sin embargo este criterio varía de una institución a otra, ya que el I.S.S.S.T.E. presta una odontología un poco más completa que el I.M.S.S. y la S.S.A.

Para la revisión de las implicaciones laborales del trabajo del odontólogo en las instituciones de salud en México, se toma lo expresado por el profesor Luis Vega Martínez en el material de apoyo de Seminarios de Integración en la E.N.E.P. Zaragoza.

En el Servicio Odontológico del I.M.S.S., el odontólogo se ve auxiliado por un personal auxiliar de enfermería. La función del odontólogo es la de promover, restaurar y preservar la salud bucal de los derechohabientes como parte de la salud integral; es responsable de la atención odontológica asistencial y preventiva de los derechohabientes que se le encuentra, también está encargado de controlar, orientar y dirigir al perso

nal auxiliar y al personal de recepción.

Debe acatar todos los reglamentos del instituto, instructivos, normas o manuales de procedimientos de la subdirección general e instrucciones especiales que para su servicio dicte la dirección de la unidad, laborar durante la jornada, horario y guardias que se le asignen, conforme al contrato colectivo.

Al auxiliar de enfermería le compete realizar las tareas relativas a la instrumentación, ayuda al cirujano dentista y manejo del paciente, así como coadyuvar en el funcionamiento administrativo del servicio.

Respecto a los lineamientos establecidos por la S.S.A., el desempeño odontológico se basa en los aspectos que bien pudieran considerarse dentro de las necesidades que están al alcance de la institución para ser cu-biertas.

Las funciones del odontólogo son: Proporcionar atención estomatológica a los pacientes que acudan al servicio, participar con el jefe de servicio en el adiestramiento y capacitación del personal, efectuar actividades tales como educación para la salud en los pacientes atendidos en el servicio, registrará sus actividades diarias en la forma correspondiente, controlar a los pacientes con la utilización de la historia clínica y el plan de atención, colaborar con el jefe de servicio en la elaboración de la información periódica y extraordinaria, el llenado de la hoja de requisiciones de material, instrumental y condiciones de equipo y brindar man

tenimiento mínimo al equipo de servicio.

En este servicio el odontólogo se ve auxiliado por un asistente dental, el cual le auxilia en el trato con el paciente. La auxiliar de higiene dental está encargada de elaborar y aplicar programas de trabajo de campo y control de escolares.

El cirujano dentista que labora en el I.S.S.S.T.E. se encuentra ubicado como médico general (Odontólogo) y como médico especialista (Endodoncista, buco-dento-maxilar, etc.).

Es auxiliado por el auxiliar de enfermería, el cual es cambiado cada 4 meses para no crear tensión entre el personal auxiliar y el profesional o a la creación de mafias para otras actividades menos para el trabajo eficiente.

En las clínicas de adscripción se solucionan problemas hasta nivel de operatoria y el material empleado en él (amalgama y resina); actividades más complejas y a solicitud del paciente le son solucionadas en la clínica de especialidades en donde se ofrecen casi todas las respuestas para la rehabilitación, pocas actividades se realizan a nivel de prevención primaria y éstas son realizadas por pasantes en Servicio Social.

El ejercicio odontológico en las instituciones de seguridad social se rige de manera general con algunas peculiaridades que cada institución es específica. En forma general el I.M.S.S. y S.S.A. realizan una práctica -

mutiladora, en tanto que el I.S.S.S.T.E. ofrece una respuesta más integral a sus derechohabientes.

Una posible respuesta a lo anteriormente dicho, es principalmente el alto costo que tienen los tratamientos integrales y otra sería la poca importancia que la salud y/o enfermedad bucal tiene para el sistema productivo, es decir que la maloclusión y la carencia de dientes no reduce la capacidad del trabajador en general.

La salud en el sistema capitalista es un medio para aumentar la producción puesto que un individuo enfermo no desarrolla el mismo trabajo que estando sano. Trata de proteger a la sociedad y de conservar al individuo como fuerza de trabajo, haciendo diferencia proporcional al servicio prestado por ellos, o sea la relación al monto de su salario, su antigüedad, etc.

El Seguro Social es una institución que sirve de vehículo para estabilizar el tipo de vida de la capa económicamente débil de la población, porque al elevar las condiciones de vida en el estrato social más predominante de la nación se opera un crecimiento grande en la economía del país.

La política desde el punto de vista odontológico en el Seguro Social es rehabilitar pero por medio de una odontología exfoliativa traumática; no lleva a cabo procedimientos complejos por ser éstos más costosos y consumidores de mayor tiempo y así perdería el obrero más días de trabajo, --

produciendo menos. Por ejemplo, si un obrero se fractura un diente y -- asiste a una de las clínicas del Seguro Social a que se le atienda, le -- practicarían una extracción y no llevarían el tratamiento adecuado; por -- llevarse a cabo éste en mayor tiempo y con mayor costo, esto se hace des -- de el punto de vista que la industria donde trabaja ese obrero pierde -- porque el obrero no le está produciendo, por eso tratan a los asegurados -- mal para que asistan únicamente en casos de mucha necesidad y así proce -- der a hacer tratamientos más complejos; de ahí que los obreros que tie -- nen posibilidades de asistir con un odontólogo particular lo hacen por -- que no les gusta la atención que reciben en el Seguro, en este caso el - obrero asistiría por su cuenta sin causarle gastos al Seguro, no perde -- ría días de trabajo, lo cual sería un gran ahorro para el Seguro y para -- la fábrica o lugar donde trabaja.

Por otra parte es bueno el Seguro Social en procedimientos caros en los -- cuales el obrero no podría pagarlos como ejemplo de este caso sería: la -- bio leporino y paladar hendido, pero como de estos casos la morbilidad - es mínima no existe problema para la economía de esta institución.

Esta institución se encarga de mantener la salud de sus asegurados únic -- mente para que estén en condiciones de vender su fuerza de trabajo, pro -- tegiendo así no al organismo sino a la fuerza de trabajo (39).

Otro ejemplo en el cual las yatrogénias son ocasionadas por el sistema - social (en este caso en el contexto del subdesarrollo), es la relación - entre consumo de azúcares y educación para la salud. Gran parte de los -- estudios disponibles concluyen que los azúcares (hidratos de carbono) son -- fácilmente fermentables a nivel de cavidad oral y que participan activa --

mente en el proceso y producción de la enfermedad llamada caries, por -- esto no es posible llevarlo a cabo ya que en el contexto del capitalismo dependiente de los países de América Latina, en los que la desnutrición es una de las causas de morbilidad-mortalidad infantil que con mayor frecuencia se presenta debido a la dificultad del acceso a los nutrientes esenciales, por su escasez, calidad y costo, esto hace que presten más atención a los alimentos que provean de nutrientes fundamentales para su sobrevivencia. Para ellos los azúcares constituyen importantes elementos de la dieta de la población y eliminarlos o sustituirlos sería atentar contra su propia sobrevivencia, sería poner en juego el morir a temprana hora con dientes sanos o vivir con dientes enfermos. De aquí que sustancias consumidas en grandes cantidades como aguas azucaradas, dulces tradicionales y regrescos del tipo de la Coca Cola, si se tratan de eliminar se estaría atentando contra uno de los símbolos más sobresalientes de la conformación social de América Latina y en contra de una compañía transnacional. (40)

Por estas razones no se elimina la causa del daño sino que se presta más atención en la fluoración de las aguas de consumo, de la leche y de la sal como prevención primaria.

1.3 YATROGENESIS CULTURAL

Se produce cuando la empresa médica mina en la gente la voluntad de sufrir la realidad. La medicina profesionalmente organizada ha llegado a funcionar como una empresa moral dominante que publicita la expansión industrial como una guerra contra todo sufrimiento. Por ello ha socabado la capacidad de los individuos para enfrentar su realidad, para aceptar cosas inevitables como el dolor, la invalidez, el envejecimiento y la muerte.

La salud y el sufrimiento son sensaciones que diferencian al hombre de las bestias, cada cultura da unas actitudes únicas hacia el dolor, la enfermedad y la muerte; la salud de cada persona es un desempeño responsable en un guión social, la salud culturada está limitada por el estilo de cada sociedad en el arte de vivir, celebrar, sufrir y morir. Todas las culturas tradicionales equipan al individuo con medios para hacerle el dolor tolerable, la enfermedad comprensible, la muerte significativa y la curación consiste en consolar, asistir y reconfortar a la gente mientras sana.

Un ejemplo de lo anteriormente expuesto lo encontramos en la cultura maya. Para estos Xilomen era la diosa de las mazorcas tiernas; su rito de veneración consistía en la decapitación de una doncella joven, quien al regar su sangre sobre la tierra simbolizaba el acto de fecundarla con el líquido generador de vida. La doncella era honrada con ser la elegida y aceptaba el sacrificio con orgullo. (41)

También creían que el destino del alma después de la muerte estaba cifrado en el tipo que hubiera practicado y la muerte que encontrara, los - - muertos de guerra alcanzaban mejor recompensa fueran vencedores o vencidos. (42)

La empresa médica contemporánea socaba radicalmente la continuidad de -- viejos programas culturales y no deja que surjan otros nuevos que darían un patrón para la autoasistencia y el sufrimiento.

Siguiendo a Illich: "La medicación constituye un programa burocrático - basado en la negación del derecho de cada hombre a enfrentar el dolor, - la enfermedad y la muerte. Esta civilización médica está planeada para matar el dolor, eliminar la enfermedad y abolir la necesidad de cada individuo en el arte de sufrir y morir. Sufrir, sanar y morir, actividades reclamadas por la tecnocracia como nuevas zonas de creación de reglamentaciones, tratadas como malfunciones de las que libran institucionalmente a las poblaciones".

Cuando la civilización médica coloniza cualquier cultura la gente aprende a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad de comodidades o de mimos. (43)

La cultura hace el dolor tolerable (la civilización cosmopolita aparta el dolor aniquilándolo, solo el dolor que es curable es insoportable) tradicionalmente el dolor era un desafío; la paciencia, la clemencia, el valor, la resignación, el autodomínio, la perseverancia y la mansedumbre,

reacciones con que se aceptaban las sensaciones de dolor transformadas - en el sufrimiento. Los medios que permitían llevar al dolor con resignación son: el amor, el deber, la fascinación, la oración y la compasión.

Para los pueblos aborígenes la limadura o el "aserramiento" así como la modalidad de la incrustación, no son mas que mutilaciones dentarias de carácter étnico que no se practicaron con una finalidad terapéutica, sino como decoración cuyo significado probable puede ser el religioso o tal vez mágico. Estos pueblos lograron amplios conocimientos sobre las propiedades medicinales de una multitud de plantas, lo más probable es que para la mutilación dentaria se haya contado con algunos sedantes o anestésicos. Sin embargo, existen ejemplos de terapéuticas un tanto dolorosas como las siguientes:

El dolor de dientes y encías lo calmaban raspando bien las encías para limpiar la podredumbre y en la parte en que se hallaba ésta se ponían una mixtura de semillas y raíz de ortiga, bien molidas y mezcladas con miel blanca.

Cuando existían odontalgias buscaban al gusano revoltón que se criaba en el estiércol, lo molían juntándolo con ocusote y lo ponían en la mejilla hacia la parte que estaba el dolor, calentaban un chile y así caliente lo apretaban en el molar, punsaban las encías y ponían encima una hierba -- llamada tlalcacuatl, y si esto no bastaba le extraían la pieza y ponían en el lugar vacío un poco de sal. (44)

El dolor se reconocía como parte inevitable de la realidad subjetiva del propio cuerpo, la gente sabía que tenía que sanar por sí sola; en la actualidad el dolor es una maldición social y para impedir que las masas maldigan a la sociedad el sistema industrial les manda matadolores médicos, así el dolor genera una demanda de más drogas, hospitales y médicos. El dolor se ha vuelto un asunto político que hace surgir entre los consumidores de analgésicos una demanda creciente de insensibilidad. En la actualidad la necesidad de soportar el dolor se interpreta como una falla del sistema socioeconómico y esta se trata como una contingencia emergente que requiere de intervenciones extraordinarias. Hoy en día muchos odontólogos utilizan anestesia tópica para posteriormente inyectar anestésicos locales a sus pacientes, estos no quieren sentir la punción de la aguja, tomando en cuenta que la aguja es de un calibre muy delgado y que la zona que se va a anestesiar es mucosa, tiene menos terminales nerviosas que la piel.

La cultura determina si la madre o el padre deben gemir cuando nace el niño, las circunstancias y hábitos determinan el nivel de ansiedad, los placeres pueden lograr el mismo efecto, en dolores postquirúrgicos en algunos casos se pueden dar tabletas azucaradas o salinas utilizadas como placebos en lugar de analgésicos. (45)

La perspectiva que se abre ante el suceso doloroso determina como se le sufrirá, frecuentemente las lesiones recibidas en un momento próximo al clímax sexual o al de la actuación heroica no se sienten. Al medicalizar se la cultura se distorsionan las determinantes sociales del dolor, los-

efectos de la droga tienen grandes variaciones dependientes de las ideas y creencias acerca de la droga y del control que quien la usa ejerce sobre ellas. La profesión médica juzga cuales son los dolores auténticos, cuales provienen física y psíquicamente, cuales son imaginarios y cuales simulados; la compasión pasa a ser una virtud anticuada. El dolor ha -- cambiado su posición en relación con la aflicción, la culpa, el pecado, - la angustia, el miedo, el hambre, la invalidez y la molestia, parece como si el dolor fuera ahora solo esa parte del sufrimiento humano sobre - la cual la profesión médica pueda pretender competencia o control.

La odontofobia modifica la conducta de algunos pacientes incluso hasta - llegar a evitar tratamientos dentales. Se han hecho estudios que reco-- miendan la utilización de medidas psicológicas reconfortantes, adminis-- trar sedantes y -muy importante- que el paciente participe en el control de los procedimientos de tratamiento. (46)

Nadie entenderá mi dolor como yo lo siento a menos que tenga mi propio - dolor pero esto es imposible porque se trataría de otra persona, en este sentido el dolor significaría la ruptura de la distinción entre organis-- mo y medio ambiente. Es aquí donde se ve como mi dolor un disvalor intrín-- seco en la cual se tiene una certeza totalmente único, por tu dolor, dis-- valor extrínseco para el cual no puedo sentir más que compasión, y para-- una tercera persona con dolor no puedo sentir más que simpatía. Mi do-- lor me pertenece sólo a mí, no puedo compartirlo con nadie, no tengo du-- da acerca de mi dolor, pero no puedo contar a nadie realmente lo que me-- pasa.

A pesar de la incapacidad de comunicar el dolor corporal el que la demás gente lo perciba es fundamentalmente humano, el paciente no puede dejar que su dolor pase desapercibido para el médico, así pues el dolor corporal es un disvalor intrínseco, íntimo e incommunicable, que incluye la situación social en la que se encuentran aquellos que sufren. El carácter de la sociedad modela la personalidad de los que sufren determinando así la manera de experimentar sus propias dolencias. (47)

Cuando los individuos sufren dolor se hacen una serie de preguntas similares a: porque a mí, cuanto más va a durar, que me pasa. Los observadores estudian los reflejos sin saber que estudian con seres humanos no con conejillos de indias, estudian los reflejos condicionados, si el médico borrara esta pregunta recetando matadores, reconoce al dolor como un síntoma corporal específico, pero no se acercaría al sufrimiento que orilló al paciente a buscar ayuda.

Viviendo en una sociedad que valora la anestesia, tanto los médicos como sus clientes en potencia son readiestrados para suprimir al dolor, estos pacientes representan el ejemplo extremo de esta expropiación del dolor; la experiencia del dolor queda reducida a un malestar con nombre clínico.

Para que el dolor constituya sufrimiento en sentido pleno debe corresponder a un contexto cultural, cada dolor según la cultura de la sociedad - se expresa de diferente forma, ya sean gruñidos, gritos, gestos, palabras, rechinando los dientes, etc. Y también cada cultura tiene su propia farmacopea psicoactiva, ya sea alcohol, coca, danzas, ritos, peyote, mari-

huana, hongos, etc. (48)

Los mayas para la mutilación dentaria utilizaban las plantas como sedantes o anestésicos. Conocían una yerba a la que llamaban Coatl-Xoxohuqui, la semilla era llamada ololiuhqui la que emborracha y enloquece. Conocían también el peyote, lo llamaban peyotl y al que lo comía o bebía le duraba la borrachera de dos a tres días, el peyote da ánimos para pelear y no tener miedo, ni sed, ni hambre. Otros investigadores también indican el uso de un hongo silvestre como anestésico entre los indígenas de Oaxaca y se sabe que las propiedades anestésicas y alucinantes de la coca fueron conocidas en Perú desde épocas muy remotas. (49)

El hombre no solo ha evolucionado con la capacidad de sufrir su propio dolor sino también con las formas o modos de manejarlo, desde el nacimiento de la historia se conocían los analgésicos tales como: incienso analgésico, la acupuntura y el masaje. Las culturas siempre han proporcionado el comportamiento durante el dolor, en los diferentes personajes: el buda, el guerrero, el víctima.

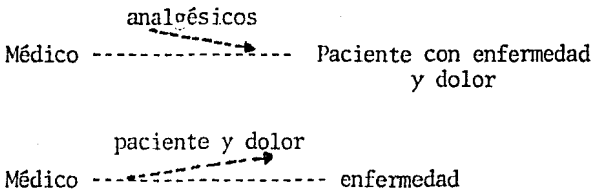
La medicación priva a la cultura cualquiera que sea de la integración de cualquier programa para enfrentar el dolor, el curandero veía al dolor como un paso hacia la restauración de la salud, cuando el doctor no podía curar a su paciente recetaba analgésicos para moderar el dolor inevitable, el buen médico sabía que la naturaleza proporciona mejores remedios para el dolor que la medicina. (50)

En los mayas se conocía el incienso analgésico y se utilizaba así: "se hace una mezcla de incienso blanco y una clase de untura que llamamos xochio -

otzotl y se quemaba en las brasas y su olor se recoge en una mota gruesa de algodón, que se aplica a la boca con alguna frecuencia o mejor se ata a la mejilla". Como vemos el empleo del algodón en la terapéutica dental ya se conocía en el México antiguo.

También tenían una "medicina" para la extracción dentaria que consistía en: "matar una víbora de cascabel para cortarle la cabeza y disolver su veneno en vinagre, lo que había de ponerse en la muela cariada. Así era posible extraerla fácilmente con la mano y sin dolor". (51)

De igual manera tenían tratamientos no tan acertados como en el del trismus, espasmo muscular que no permite abrir la boca. "Cuando no se puede abrir la boca es provechoso tomar en agua tibia la raíz molida de la hierba tlatlacotic. Bébase el líquido y después vomitará, con lo que desechará las flemas y podrá abrir la boca". Este tratamiento es muy peligroso solamente se explica por la ignorancia de la época en la que fue sugerido, pues al vomitar y no poder abrir la boca, se exponía el individuo a un grave accidente. (52) Sin embargo el médico contemporáneo tiene una posición diferente en la cual fija su atención en el tratamiento, no la curación, degrada los dolores y no reconoce las interrogantes que el dolor hace surgir en quien los sufre, se enorgullece de poder eliminar toda clase de dolores y de conocer la mecánica de éstos, rehuyendo así a la compasión hacia su paciente.



Para los discípulos de Hipócrates el dolor marcaba una disarmonía del paciente, éste podía desaparecer en el proceso de la curación, pero el fin no era eliminar el dolor.

Cada religión tiene modos distintos de ver al dolor; los judíos lo consideraban como castigo divino, una maldición para los griegos el dolor tenía que acompañar al placer, para el cristiano el dolor era la consecuencia de su entrega al placer, pero todas estas religiones ven al dolor como el pecado, como algo amargo, como el mal o una maldición divina; era algo con el que tenía que luchar solo el que lo padecía, era un heroico desafío, el dolor era la penitencia o el sacrificio. En esos tiempos era imposible pensar que el dolor no debía sufrirse por la persona afectada, sino que debía de destruirse por la intervención de un sacerdote, un político o de un médico.

Esta campaña contra el dolor que debía entenderse y sufrirse se eliminó cuando Descartes divorció el alma del cuerpo y al cuerpo lo dejó en calidad de objeto o de aparato que solo podía ser reparado por un ingeniero. Para Descartes el dolor era una señal para determinar que el cuerpo no está en buen estado o que es un aviso para proteger su integridad mecánica. El dolor enseñaba al alma como evitar mayores problemas al cuerpo, este dolor era necesario para asegurar que el cuerpo trabajaba en perfecto estado.

Ahora parece racional huir del dolor para no enfrentarlo, aún al costo de perder la independencia. Las drogas, la violencia y el horror quedan como estímulos únicos que aún pueden despertar una experiencia del propio yo.

En esta época defender el sufrimiento hacia el dolor sería mal interpretada como un deseo enfermizo del dolor, como sadismo. Sin tomar en cuenta que el tratamiento del dolor es una nueva clase de horror, es la experiencia de lo artificialmente indoloro.

"El uso creciente de matadolores, hace que la gente pierda su independencia y los hace espectadores insensibles de sus propios yo en decadencia". (53)

La odontología es considerada una rama de la Medicina, ciencia que trata de hombres, de personas y personalidades, que forma parte de una sociedad con un modo de vida o cultura determinada. La cuestión principal de la medicina moderna, es el hombre sano o enfermo pero en sociedad. Debemos estudiar al hombre como entidad biológica, cultural y social, como unidad ecológica para entenderlo integralmente y para entender su conducta como hombre sano o como hombre enfermo.

Al hombre se le da el calificativo de animal conflictivo, porque su personalidad parece ser un conjunto de contradicciones, crear conflictos sociales e individuales.

En el conflicto individual, la personalidad incluye múltiples fuerzas psicológicas conscientes e inconscientes, impulsos, instintos, mecanismos psíquicos de defensa y control que regulan la interacción de la personalidad con el ambiente externo. (54)

Hay antagonismos y competencia de las fuerzas presentes para lograr una situación en un instante determinado, y orienta su conducta de acuerdo con varios factores que influyen en ella.

El conflicto social, son las fuerzas opuestas que hay entre dos o más personas, y éstas resultan de la variabilidad donde se desarrolla un individuo, como cada personalidad es única, es de esperar que surjan discrepancias entre los miembros de la colectividad, ya que la agresividad, dependencia, ambición y

sexualidad, se manifiestan en el ambiente social. Para ésto, la cultura dicta normas de conducta según edad para controlar estas incompatibilidades, no todos los individuos las aceptan de igual forma y existe una gran cantidad de condiciones entre sumisión absoluta y franca rebeldía de ellas. (35)

Por lo anteriormente expuesto es de esperarse que surjan situaciones conflictivas cuando el universitario entra en contacto con la colectividad. A las fuerzas eferentes de la universidad, las que están constituidas por la acción de los recursos universitarios físicos, humanos y financieros utilizados en las actividades extramuros, incluyendo la subcultura universitaria (conocimientos, habilidades, hábitos, actitudes, valores, intereses y tradiciones propios de ella), se le agrega un nuevo factor que aumenta la complejidad del encuentro, se trata de las diferencias culturales entre el universitario y la población, las creencias, tradiciones, intereses y puntos de vista entre ambas partes son diferentes y frecuentemente conflictivas, es así como aparecen nuevas variables referentes a las relaciones inter y subculturales.

Por ésto es necesario recurrir a disciplinas sociológicas, como ejemplo citaremos a la antropología y a la sociología, que pueden ayudar mucho a la medicina enseñándole quién es el hombre y qué factores culturales y sociales influyen su conducta frente a la salud y a la enfermedad.

Para el antropólogo, tanto el médico, como el paciente y la medicina, son parte de un sistema sociocultural, y la salud y la enfermedad, estados que en su mayor parte son el resultado de las relaciones del individuo con su grupo y

ambiente, y de la interacción de los grupos.

La antropología ofrece a la medicina un punto de vista que facilita el conocimiento de la población en la que se trabaja, y algunas técnicas y métodos específicos para encontrar la solución a problemas médicos concretos.

Más allá de las aplicaciones a la medicina, la antropología tiene por objeto final, el entendimiento de la naturaleza humana y de las fuerzas que operan en la sociedad.

También es necesario recurrir a la psicología para educar a la población sobre la innovación en vez de imponerla, asegurando así la participación activa en la innovación y previniendo resistencia. A la Sociología recurrimos para comprender los fenómenos grupales y utilizar la organización social de la colectividad.

La medicina es parte de la cultura, ya que implica varias cuestiones como: trabaja con seres humanos que provienen de un contexto socio-culturas determinado, con hábitos, costumbres, etc.; que los hace complejos en su entendimiento como personalidades en sus reacciones. Es una institución social; que debido a las costumbres, creencias, ritos, etc. de la gente a la que se atiende de su funcionamiento y de los cambios de la dinámica cultural comunes a todos los aspectos de la cultura.

El éxito de un programa de salud como de un profesionalista en salud, exige suma habilidad y comprensión para entender los valores, motivaciones, prejuicios,

antagonismos y metas de los miembros de la comunidad a la que sirven, también hay que analizar y comprender el papel que desempeñan los factores socio-culturales en la etiología y en la epidemiología de la salud y de la enfermedad. Los problemas de salud y enfermedad están íntimamente relacionados con el -- contexto sociocultural y la sociología puede generar diversas fuerzas a favor o en contra de los programas respectivos.

En estas diferencias culturales en atención médica pueden resultar factores adversos, éstos ocasionados por incomprensiones y malas interpretaciones ya sea del médico o del paciente, observándose fuerzas incrementales, éstas son el conocimiento del profesional, de aspectos pertinentes de su propia cultura, de la del paciente y de qué manera influyen en la conducta de ambos.

Las fuerzas antagónicas resultantes pueden preverse si el profesional tiene capacidad e interés en modificar la profesión para adaptarla a la cultura del paciente. Con esto determinamos que conociendo y aplicando varias tecnologías debemos integrarlas a los aspectos humanos.

III PRESENTACION DE RESULTADOS

Después de observar los diferentes tipos de yatrogenias y de cómo afectan al individuo, presentaremos los hallazgos encontrados en los pacientes que forman la población de nuestra investigación, tomando en cuenta las yatrogenias tanto clínica, social, como cultural.

En nuestra investigación revisamos 19 mil expedientes de los cuales solo a 36 se les practicó cirugía de mesiodens, de éstos solo examinamos a 19 (debido a causas que posteriormente expondremos), de éstos el 21.1% es de pacientes cuyas edades fluctúan entre 16 y 27 años de edad, y el 78.9% son pacientes cuyas edades están entre 8 y 15 años.

El porcentaje de secuelas yatrogénicas para maloclusiones, fue de 52.6%; del que el 21% fueron los problemas causados por dientes incluídos, en estos dientes se observó que fueron ocasionados por no colocar mantenedores o recuperadores de espacio y quedaron incluídos, sin tomar en cuenta que la ortodoncia preventiva e interceptiva en la escuela es un objetivo para acreditar el semestre, pero el alumno al cumplir con los mismos no se preocupa ya de éstos y como hay más necesidades que alumnos, se quedan muchos pacientes sin atender en estos tratamientos. (Ver gráfica No. 1 en anexos).

De todos los pacientes un solo caso está siendo atendido de ortodoncia interceptiva; en este caso, según el paciente, es atendido porque el especialista se hace cargo de su tratamiento y al salir el alumno que lo atiende, el especialista le consigue quien continúe su tratamiento.

Tenemos que a un 52.6% no se les tomaron radiografías postoperatorias, pro

cedimiento de suma importancia ya que con éstas podemos excluir la presencia de restos radiculares, fracturas óseas, dientes incluidos o cualquier otra patología yatrogénica. (Ver gráfica No. 2 en el anexo).

Los pacientes que tuvieron sangrado, dolor e infección, fueron el 5.2%, éste fue muy bajo, teniendo en cuenta que el 36.8% fueron los pacientes que no tuvieron medicación postoperatoria, ya que si el paciente hubiera tenido problemas como dolor, infección o sangrado; no regresaría a la clínica por creer que no se le trató adecuadamente, ésto lo decimos recordando que la muestra inicial para esta investigación era de treinta y seis pacientes y que únicamente los que cooperaron fueron diecinueve, ¿ésto debido a los malos tratamientos?. no lo podemos asegurar pero tampoco excluir.

Los pacientes que fueron agresivos en su tratamiento (fuerzas antagónicas) fueron un 31.5% de éstos un 10.5% fueron atendidos de igual manera por los alumnos, método erróneo ya que se crea una situación de choque, pudiendo el paciente no regresar a continuar su tratamiento, el alumno debe de estar preparado para estos casos. (Ver gráfica No. 3 del anexo).

El porcentaje para pacientes a los que no se les realizaron los análisis de laboratorio es de 26.3%, ésto no debería ser ya que es lo primero que se le debe hacer a un paciente al cual se le va a programar para una cirugía. Es de mucho riesgo atender a un paciente de cirugía sin antes hacerle los análisis de laboratorio, ya que en el momento o después de la cirugía se pueden presentar problemas de gravedad. Algunos alumnos valiéndose de descuidos de su profesor, practicaron cirugía sin llevar a cabo éstos, sabiendo que son de gran importan-

cia, arriesgando en todo al paciente.

También el 26.3% de los pacientes presentaron frío durante y después de la anestesia con leves temblores, y un solo caso, en el que el paciente fue inyectado intramuscularmente con Diazepan por encontrarse nervioso, el paciente se durmió durante el procedimiento quirúrgico y en el transcurso de este se despertó. (Ver gráfica No. 4 del anexo).

El porcentaje para pacientes que tuvieron raíces enanas fue el 26.3% entre ellos incluyendo a una paciente adulta que tenía raíces enanas en las cuales estaba sostenida una prótesis fija de seis unidades, esta prótesis estaba mal ajustada y para que sellara le hicieron un rebase de acrílico, esta prótesis era antiestética.

El porcentaje de presencia de dientes supernumerarios después de la cirugía fue el 15.7%, porcentaje alto ya que si se hubieran tomado radiografías postoperatorias disminuiría considerablemente. (Ver gráfica No. 5 del anexo). Ahora bien si se hubieran tenido los conocimientos básicos de anatomía dental, el alumno podría diferenciar con anatomía de dientes supernumerarios pudiendo evitarse extraer piezas sanas y dejar los dientes supernumerarios en vías de erupción. Cuando nosotros llevamos a cabo un estudio clínico y radiográfico, encontramos dientes supernumerarios en oclusión, causando al paciente problemas antiestéticos, debido a la anatomía de estos dientes o a la posición ya que éstos erupcionaron girovertidos, mesio o distoangulados.

Las fracturas óseas que se encontraron fueron leves y todas localizadas -

entre los incisivos centrales superiores, éstas pudieron haber sido originadas antes, durante o después de la cirugía. Los pacientes que presentaron este tipo de fracturas fueron el 15.7%.

Solamente al 5.2% de los pacientes no se les efectuó regularización ósea después de la cirugía por lo que en la radiografía se ve y clínicamente se nota una pequeña elevación de hueso, como si estuviera presente el diente extirpado, en algunos otros casos eliminaron cantidades importantes de hueso que radiográficamente se observa una zona radiolúcida en el lugar donde se efectuó la cirugía, dificultando así tratamientos posteriores, ya que se dificultara la intervención, esto por la razón de que algunos pacientes que según su historia clínica y el paciente mismo, se le extrajeron dientes supernumerarios y en las radiografías que tomamos se encuentran ausentes incisivos y presentes dientes supernumerarios incluidos, estos pacientes son el 15.7%, entre éstos incluyendo dos pacientes que tienen todavía dos mesiodens incluidos.

Uno de estos pacientes refiere que acudió a la clínica a que le fuera extraído quirúrgicamente un mesiodens, para practicarle la cirugía no le hicieron análisis de laboratorio, no fue medicado en el postoperatorio, horas después de haberse retirado a su casa presentó dolor en la herida y como no le fue posible acudir a la clínica de la escuela fue con un odontólogo particular, donde le encontraron un resto radicular del mesiodens, tuvieron que hacerle nuevamente la cirugía. En el postoperatorio no suturaron y no tomaron radiografías. Si hubieran tomado radiografías cuando terminaron la cirugía se hubieran dado cuenta que no habían eliminado completamente el diente que querían extraer.

El 10.5% de los pacientes que no fueron citados para eliminarles los puntos de sutura y a uno de éstos no se le eliminaron por haber sido citado durante el período intersemestral, cuando se presentó encontró las instalaciones cerradas.

El 10.5% también fue el porcentaje para pacientes a los que no suturaron, únicamente pusieron el colgajo en su lugar, pudiendo el mismo paciente ocasionarse problemas como infectarse o incluso sangrarse, debido a su corta edad y a que cuando se retiran, todavía van anestesiados. (Ver gráfica No. 6 del anexo).

CONCLUSIONES

1. CONCLUSIONES FINALES

En nuestra investigación la relación de los pacientes que quedaron satisfechos con la atención recibida en la clínica fue el 100%.

Al realizar el estudio clínico y radiográfico de los pacientes, en nuestra investigación se determinó que tanto en la fase preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria se cometieron yatrogenias, algunas de suma importancia, ya que son originadas por no hacer procedimientos que deben llevarse a cabo en una cirugía.

El procedimiento de cirugía de mesiodens ha sido aplicado en un 0.19% de los pacientes atendidos en la clínica Zaragoza hasta 1982.

Si tomamos en cuenta que los alumnos que habían egresado de la carrera hasta agosto de 1982 eran 1746 según los datos del plan general de la carrera (57); quiere decir que el 2.6% de los alumnos egresados han atendido a pacientes para realizarles este procedimiento.

A la mitad de los pacientes no se les tomó radiografía en el control postoperatorio.

Se dejaron dientes incluidos después de realizar el acto quirúrgico, extrayéndose los dientes permanentes por error.

La mitad de los pacientes presentan como secuela yatrogénica problemas -

ortodónticos, que pudieron haber sido corregidos por métodos de ortodoncia preventiva e interceptiva. Lo que implica que no se trata integralmente al paciente en la clínica de concentración; ya que solo un paciente ha sido - considerado para este tipo de tratamiento, lo que representa el 5.2% en este caso. Se encontraron problemas similares en el área de prótesis del segmento anterior.

El porcentaje más bajo de secuelas yatrogénicas lo encontramos en el campo de las yatrogenias culturales; precisamente en lo que se refiere al dolor, es decir, solo el 5.2% de los pacientes refieren tener el concepto de haber sido mal atendidos porque no se les prescribió medicación postoperatoria para el dolor (que como vimos en nuestro marco teórico-conceptual no es culturalmente aceptado en nuestra civilización).

Por supuesto de los pacientes que no cooperaron, ignoramos las razones; por lo que no se tienen datos completos de los pacientes que pudieron tener el concepto de haber sido mal atendidos en la clínica.

Una cuarta parte de los pacientes refieren signos y síntomas de complicaciones anestésicas durante el transoperatorio y estos datos no están consignados en las historias clínicas.

Se refieren problemas debidos a la pérdida de la continuidad de la atención del paciente por los intersemestrales y la conclusión de los estudios de los alumnos.

Existen reportes de problemas causados en el transoperatorio que se refieren a deficiencia o desarrollo incompleto de la técnica, como son la falta de suturas y las fracturas óseas; incluso se reporta un caso en que se realizó nuevamente el procedimiento quirúrgico por un odontólogo particular para la extracción del resto radicular del diente supernumerario

A una cuarta parte de los pacientes no se les realizaron los exámenes clínicos de laboratorio al programar la cirugía.

El 30% tuvieron enfrentamiento en la relación personal.

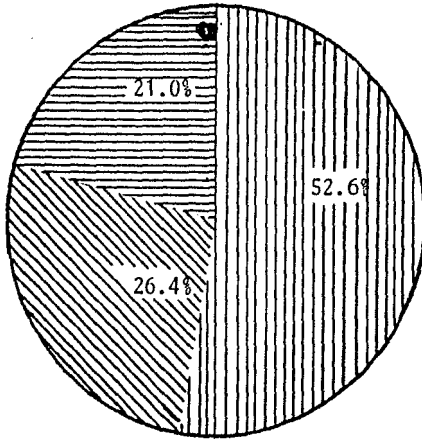
2.- PROPUESTAS Y/O ALTERNATIVAS.

- 1) Que la cirugía en teoría odontológica sea impartida en el inicio del séptimo semestre, dejando bastante tiempo para cubrir los objetivos de cirugía que el semestre exige.
- 2) Que se haga un seguimiento de pacientes, después de un año de elaborada la cirugía, y realizarles un estudio clínico y radiográfico, para saber si la clínica está cumpliendo realmente sus propósitos.
- 3) Que la firma de autorización de procedimiento quirúrgico terminado se dé hasta que el alumno haya checado un postoperatorio hasta la cicatrización con estudio clínico y radiográfico.
- 4) Que se realicen investigaciones como está en las diferentes ramas de la odontología, para que la clínica se autoevalúe, y así crear nuevas técnicas de atención o se corrijan las que se practican actualmente.
- 5) Que haya alguna forma de responsabilizar a los docentes y administradores de clínica de que se vigile la conclusión del tratamiento.
- 6) Que el módulo de cirugía se imparta en teoría al iniciar el semestre dejando al alumno todo el semestre para realizarla, prestándole mayor atención y los tratamientos de menor dificultad sean expuestos en clase posteriormente.

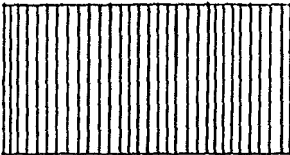
A N E X O S

GRAFICA No. 1

Gráfica de porcentajes para dientes incluidos y maloclusiones postoperatorias.

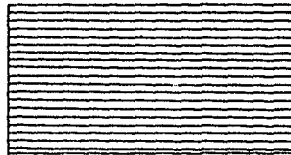


52.6



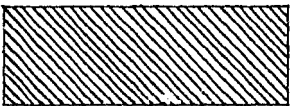
PACIENTES CON MALOCLUSION

21.0



PACIENTES CON DIENTES -
INCLUIDOS EN LA ETAPA
POST-QUIRURGICA

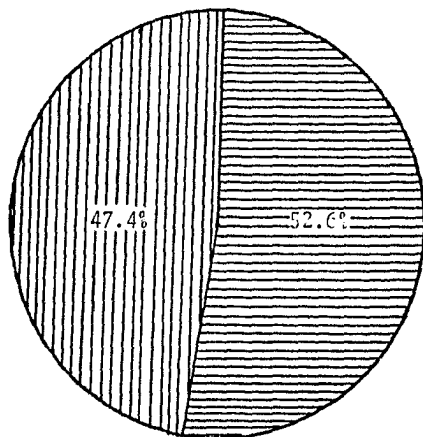
26.4



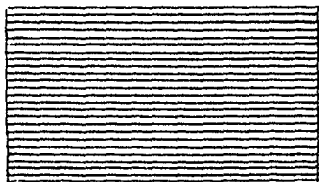
PACIENTES SIN PROBLEMAS
DE DIENTES INCLUIDOS Y
MALOCLUSIONES.

GRAFICA No. 2

Gráfica que muestra porcentajes para pacientes a los que no se les tomaron radiografías postoperatorias

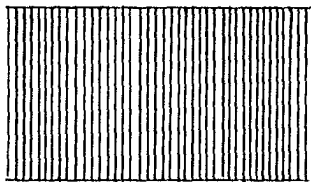


52.6 %



PACIENTES A LOS QUE NO SE LES TOMARON RADIOGRAFIAS POSTOPERATORIAS

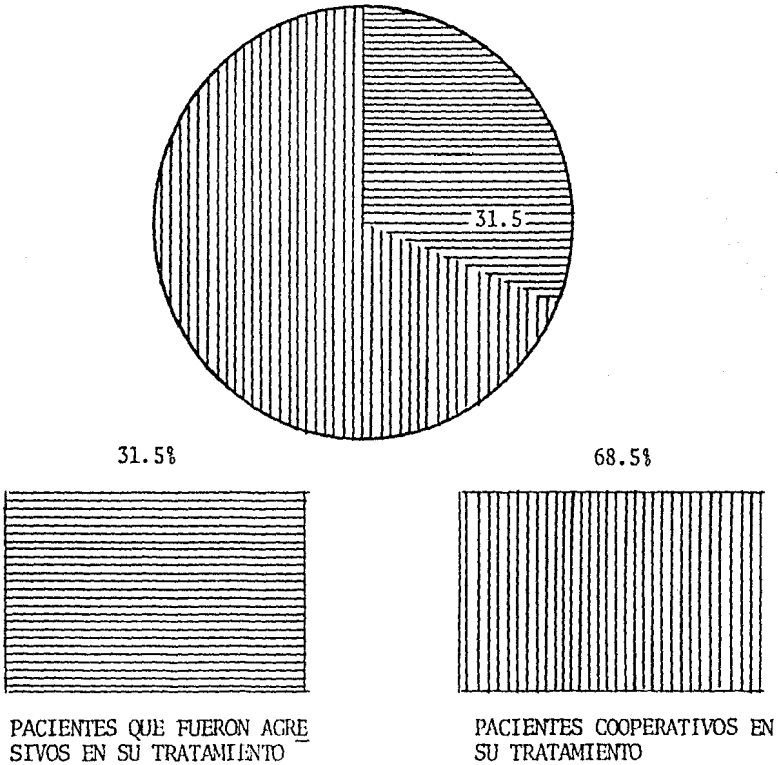
47.4 %



PACIENTES QUE SI LES TOMARON RADIOGRAFIAS POSTOPERATORIAS

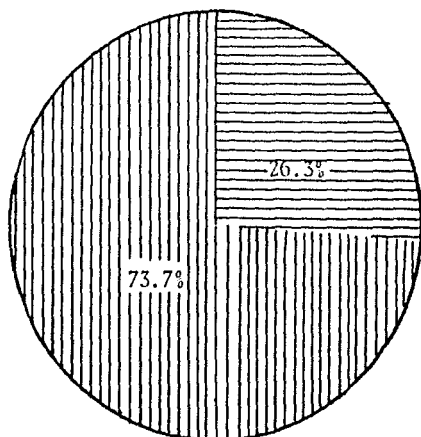
GRAFICA No. 3

Gráfica que muestra la relación alumno paciente % de pacientes antagónicos en su tratamiento.

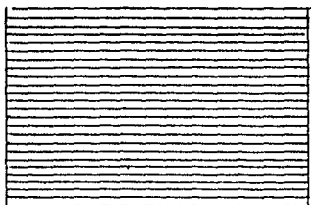


GRAFICA No. 4

Gráfica que muestra al porcentaje de los pacientes que presentaron complicaciones después de administrarles el anestésico.

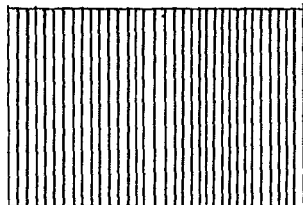


26.3%



PACIENTES QUE PRESENTARON
COMPLICACIONES

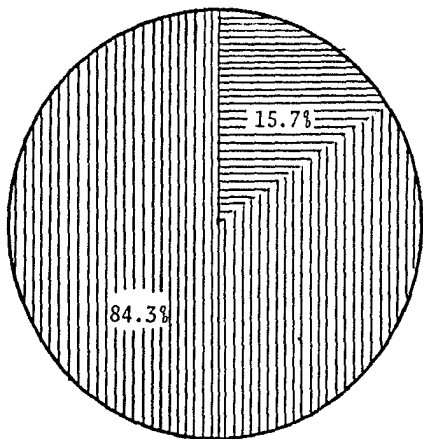
73.7%



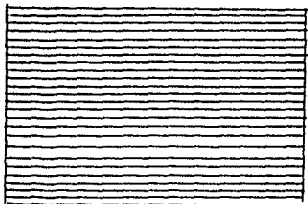
PACIENTES QUE NO PRESENTA-
RON COMPLICACIONES

GRAFICA No. 5

Gráfica que muestra la presencia de dientes supernumerarios en pacientes a los que ya se les había atendido quirúrgicamente.

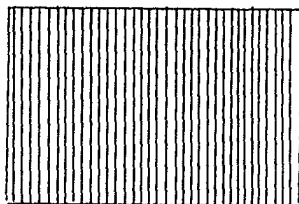


15.7%



PACIENTES CON DIENTES SUPERNUMERARIOS DESPUES DE LA CIRUGIA

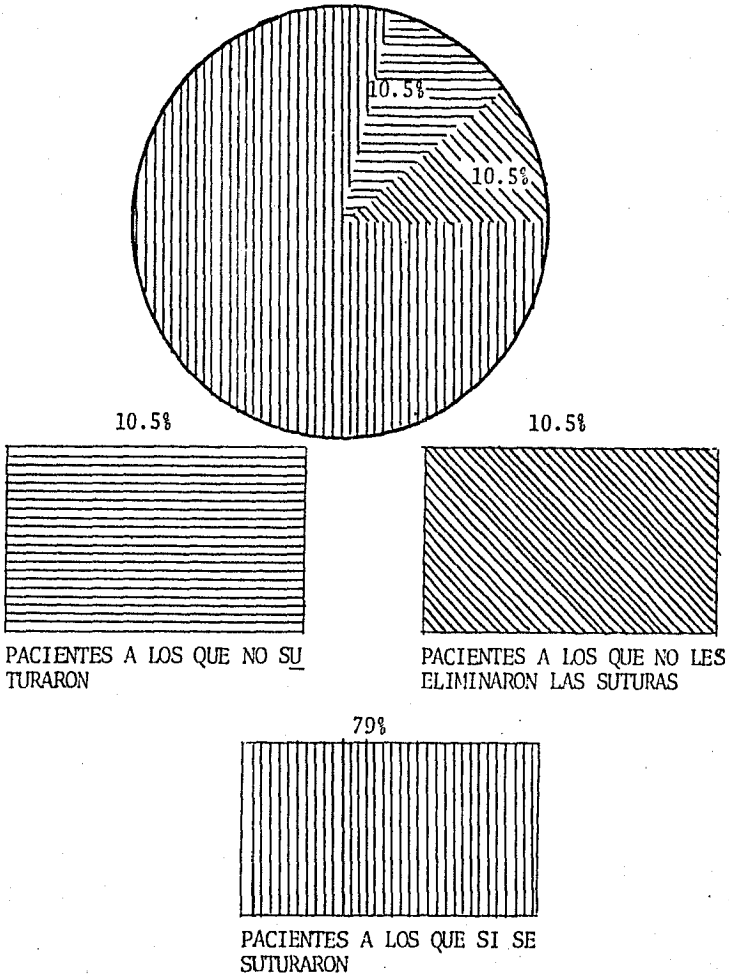
84.3%



PACIENTES QUE NO TUVIERON DIENTES SUPERNUMERARIOS - DESPUES DE LA CIRUGIA

GRAFICA No. 6

Gráfica que muestra el porcentaje de los pacientes que no fueron citados para eliminar las suturas y pacientes a los que no suturaron.



REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Véase: Gaceta Zaragoza. Celebración XI Congreso Nacional de la C.M.E.O., p. 16.
2. Según Illich el término fue usado por Honoré Daumier (1810-1879) y tiene por significado Crítica o castigo a errores médicos. Ivan Illich, Némesis Médica, p. 47-51.
3. Illich, Ibidem, p. 39.
4. Ibidem, p. 44
5. Ibidem, p. 46.
6. Ibidem, p. 44.
7. Ibidem, p. 50.
8. Ibidem, p. 9.
9. Constitución Mexicana, Art. 4o., 5o. y fracciones I y II del Art. 123, -- p. 56.
10. Stanley B. Robbins. Patología estructural y funcional, p. 56.
11. Juan Portilla Valencia. Introducción a la cirugía, p. 7.

12. Ibídem, p. 8.
13. Arthur W. Ham. Tratado de Histología, p. 241.
14. Manuel Quijano. Principios fundamentales de la cirugía, p. 58
15. Robbins. Op. Cit. p. 61.
16. Ibídem, p. 63.
17. Ibídem, p. 64.
18. Youmans. Infectología clínica, p. 25.
19. Robbins. Op. Cit. p. 35.
20. John Giunta. Patología bucal, p. 20
21. Youmans. Op. Cit. p. 650.
22. Illich. Op. Cit. p. 58.
23. Víctor López Cámara. Consideraciones sobre la práctica odontológica en - México, p. 3.
24. Ibídem.
25. Ibídem, p. 4.

26. Illich. Op. Cit. p. 69.
27. Ibídem, p. 77.
28. Ibídem, p. 100.
29. Ibídem, p. 103.
30. Víctor Bernal Sahagún. Las Empresas Transnacionales y el "desarrollo" de la industria de la salud en México, p. 51.
31. Illich. Op. Cit. p. 112.
32. Alfredo Tecla Jiménez. Enfermedad y clase obrera, p. 43.
33. Ibídem, p. 52.
34. Ibídem, p. 55.
35. Ibídem, p. 58.
36. Bernal Sahagún. Op. Cit. p. 10.
37. Ibídem, p. 8.
38. Ibídem, p. 11.
39. Ibídem, p. 13.

40. Otto R. Menéndez. Aprendizaje e investigación en programas de Odontología institucional. p. 30
41. Enrique Dulanto. La medicina primitiva en México. p. 40.
42. Ibídem, p. 40.
43. Illich. Op. Cit. p. 179.
44. Según Fray Bernardino de Sahagún. En Samuel Fastlich. La Odontología en el México prehispánico, p. 101.
45. Según Henry K. Beecker, citado por Ivan Illich, Op. Cit. p. 183.
46. Sidney B. Finn. Odontología pediátrica, p. 106.
47. Illich. Op. Cit. p. 191.
48. Ibídem, p. 194.
49. Samuel Fastlich. Op. Cit. p. 73.
50. Illich. Op. Cit. p. 196.
51. Fastlich. Op. Cit. p. 76.
52. Javier Romero. El arte de las mutilaciones dentarias, p. 102.

53. Illich. Op. Cit. p. 207.

54. Carlos E. Pomes. Dinámica de la relación Universidad-Ambiente, p. 114.

55. Ibídcm, p. 115.

56. Hernán San Martín. Salud y enfermedad, p. 9.

57. Coordinación de Odontología E.N.E.P. Zaragoza. Plan General de Trabajo - de la carrera de Odontología, p. 2.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- BERNAL Sahagún, Víctor M. Las empresas transnacionales y el "desarrollo" de la industria de la salud en México. México, Instituto de Investigaciones Económicas, U.N.A.M. 1978.
- CONSTITUCION Política de los Estados Unidos Mexicanos, 4a. Edición México, - Editores Mexicanos Unidos, 1981, Colección Nuestras Leyes.
- DULANTO, Enrique. La medicina primitiva en México. México, Artes de México, 1970.
- E.N.E.P. Zaragoza. "Estudiantes de la carrera de Cirujano Dentista ganadores de un concurso nacional". GACETA ZARAGOZA, México, I (1):16, Julio -- 1979.
- FASTLICH, Samuel. La Odontología en el México Prehispánico. México, Edimex, 1979.
- FINN, Sidney B. Odontología Pediátrica. 4a. Edición, México, Intermaerica na, 1977.
- GIUNTA, John. Patología bucal. 2a. Edición, México, Interamericana, 1978.
- HAM, Arthur W. Tratado de Histología. 7a. Edición, México, Interamericana, 1977.

ILLICH, Iván. Némesis Médica: la expropiación de la salud. México, Joaquín Mortiz, 1978.

LOPEZ Cámara, Víctor. "Consideraciones sobre la práctica odontológica en -- México". CERON, Caracas, V(2): , Agosto 1980.

MENENDEZ, Otto R. "Aprendizaje e investigación en programas de 'Odontología Institucional' ". CERON, Caracas, V(1):23-25, Abril 1980.

POMES, Carlos E. "Dinámica de la relación Universidad- Ambiente". ALAFO, -- Guatemala. XII (2):103-115, Julio 1977.

PORTILLA Valencia, Juan A. Introducción a la Cirugía. México, Facultad de Medicina, U.N.A.M. 1978.

QUIJANO Narezo, Manuel. Principios fundamentales de la cirugía. México, - U.N.A.M. 1981.

ROBBINS, Stanley L. Patología estructural y funcional. México, Interamericana, 1975.

ROMERO, Javier. El arte de las mutilaciones dentarias. México, Ediciones-mexicanas, 1958.

SAN MARTIN, Hernán. Salud y Enfermedad. 3a. Edición, México, La Prensa - Médica Mexicana, 1975.

TECLA Jiménez, Alfredo. Enfermedad y clase obrera (Marco Teórico). México, Escuela Nacional de Enfermería I.P.N. 1982.

VEGA, Luis. "Bases legales en Odontología". Material de apoyo 7o. semestre, E.N.E.P. Zaragoza, México, 1981.

YOUNANS, G.P.; et al. Infectología Clínica. México, 2a. Edición, Interamericana, 1982.