

11226
2f
203



*Universidad Nacional Autónoma
de México*

FACULTAD DE MEDICINA
*Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona No. 68*

**CIRCUNCISION: METODO PROSPECTIVO
PARA LA APLICACION DE SUS
INDICACIONES TERAPEUTICAS.**

T E S I S

*Para obtener el grado de
Especialista en Medicina Familiar*

p r e s e n t a

Dra. Ma. del Socorro Alejandra Jiménez Badillo



GENERACION: 1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

I N D I C E

CAPITULO I.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CIRCUNCISION.	Pag.
1. Panorama Mundial.	1
2. La circuncisión en Estados Unidos.	4
3. Antecedentes de la circuncisión en el HGZ no. 68 IMSS	11

CAPITULO II.

1. Planteamiento del problema.	12
2. Hipótesis.	14
3. Descripción del Estudio.	15
4. Presentación de resultados.	18
a) Cuadros y Gráficas.	20
b) Apéndice I. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.	36
c) Apéndice II. SINEQUIOTOMIA.	38
d) Apéndice III. PROCEDIMIENTO DE MODELAMIENTO.	39
5. Análisis de Resultados.	40
6. Conclusiones.	43
7. Bibliografía.	44

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CIRCUNCISION.

1. Panorama Mundial.

La circuncisión es la excisión quirúrgica del prepucio y su mucosa hasta permitir la exposición del surco balano prepucial.

Es tal vez el procedimiento mas antiguo practicado por la humanidad y las razones de su práctica obedecían al orden ritual-religioso.

Sus orígenes son difíciles de precisar, señalándose que - para el año 3 000 A C, en la tumba del Rey egipcio Ankh - Mahn se describe su práctica. Es factible que no sea hasta el florecimiento de la cultura egipcia, de quién los - fenicios, árabes y probablemente judíos derivaran su práctica.

En los judíos, la práctica esta fuertemente arraigada, ya que representa la Renovación de la Alianza establecida entre Abraham y su Dios, al decirle:

" He aquí mi pacto contigo: Serás padre de una muchedumbre de pueblos, y ya no te llamas Abram sino Abraham, porque yo te haré padre de una muchedumbre de pueblos. Te acrecentaré muy mucho, y te daré pueblos, y saldrán de tí reyes: ya establezco contigo, y con tu descendencia después de tí por sus generaciones, mi pacto eterno de ser tu Dios y el de tu descendencia después de tí, y de parte de tí, y a tu descendencia después de tí, el -

país donde moras, la tierra de Canán, en eterna posesión, y seré tu Dios; Tú, de tu parte, guarda mi pacto tu y tu descendencia después de tí, por sus generaciones. Este es mi pacto, que guardaréis entre mí y vosotros y entre la descendencia después de tí; circuncidad todo varón, circuncidad la carne de vuestro prepucio, y ésa será la señal de mi pacto entre mí y vosotros. A los ocho días de nacido, todo varón será circuncidado en vuestra descendencia, ya sea el nacido en casa o comprado por plata a algún extranjero, que no es de tu estirpe. Todos, tanto los criados en casa como los comprados, se circuncidarán, y llevaréis en vuestra carne la señal de mi pacto por siempre, y el incircunciso que no circuncidare la carne de su prepucio será borrado de su pueblo; rompió mi pacto ". (16)

Este señalamiento del antiguo Testamento es inviolable hasta la actualidad en el pueblo judío, de tal manera, que la práctica de la circuncisión está plenamente aceptada por respeto a su creencia en esta población.

Los musulmanes quienes aclaman ser descendientes de Ismael, el hijo de Abraham, son circuncidados entre los 10 y 12 años como éste, tal vez, como influencia del pacto señalado en el párrafo anterior, aunque el Korán (su libro sagrado) no lo menciona.

Ya en el Nuevo Testamento, a pesar de haber sido circuncidado Jesús a los 8 días de su nacimiento, San Pablo al dirigirse a los Corintios, defiende a los no circuncidados. El Concilio de Jerusalén (Act. XV, 10, 28, 29) decretó que no debe imponerse la circuncisión siendo éste el motivo del que la mayoría de cristianos son incircuncisos.

Lo que resulta sorprendente, es que la circuncisión se difunde independientemente en muchas partes del mundo. Fue practicada en las tribus de Africa hace 5 000 años. En Africa Central es realizada al mismo tiempo que ayunan y escogen un hechizo.

En Polinesia y Micronesia, esta práctica sólo incluía un corte longitudinal sobre la cubierta prepucial, a excepción de las islas hawai, Nueva Zelanda e islas Marquesas. Los negros oceánicos de Nueva Caledonia, el sur de Nuevas Hébridas y Fichi, ejecutan la técnica cuando el joven se siente ser libre. Entre los malayos, la circuncisión estaba muy difundida y en Australia en muchos lugares, aún persiste como porción ritual. Algunas referencias expresan que aún esta en vigor en Sumatra en la costa oriental de Nueva Guinea, y entre los samoanos. En Filipinas es común entre tágalos. (16)

Las tribus indias sudamericanas practicaban la circuncisión neonatal (Colón fue supuestamente saludado por niños circuncidados). En otras comunidades, se realizaba como un rito en la pubertad y algunas veces, inmediatamente antes del matrimonio.

Desde el punto de vista simbólico, se incluyen las creencias de que es una prueba de la habilidad del hombre para soportar el dolor y que incrementará la fertilidad. (14) La circuncisión es poco común en América Central y Suramérica, China y algunos otros países del Lejano Oriente y en la mayoría de los países europeos incluyendo Escandinavia. Este bosquejo histórico ha señalado las bases religiosas del porque la circuncisión es practicada en los musulmanes y judíos hasta la actualidad, así como las diferentes actitudes culturales que han permitido variaciones en su práctica en otras partes del mundo.

2. La circuncisión en Estados Unidos.

La circuncisión practicada en diferentes partes del mundo como un procedimiento ritual religioso, es adoptada por los Estados Unidos como un método profiláctico a raíz de las publicaciones aparecidas en la década de los 40.

En 1936, Handley relaciona el Ca. cervicouterino con la falta de circuncisión al observar mayor incidencia de éste cáncer entre las mujeres hindúes cuyos maridos no acostumbra la circuncisión y menor incidencia entre las fijjianas donde los hombres son circuncidados al nacimiento. Este argumento fué apoyado por la observación de la baja incidencia de éste cáncer en las judías, siendo su pareja circuncidado a los 8 días del nacimiento.

Cooray en 1944, señaló que la mayoría de los carcinomas penianos en Ceilán, se encontraron en pacientes no circuncidados. Otros autores mostraron la rareza de éste cáncer en hombres circuncidados.

Apt en 1960, estudió los registros cancerosos de Suecia e Israel sobre las prostatectomías, encontrando 1 544 cánceres en Suecia y sólo 88 en Israel. Nuevamente se establece la diferencia con la presencia o no de circuncisión. (16,11)

Estos hechos sugieren fuertemente la posibilidad de evitar enfermedades malignas en la población masculina a través de la circuncisión y el procedimiento es aceptado. Para 1950, el 80 a 90% de los RN son circuncidados.

A finales de 1960, se inicia el cuestionamiento sobre las indicaciones médicas del procedimiento y su validez como profiláctico, lo que llevó a la Academia Americana de Pediatría

a través de su Comité de Petos y RN a efectuar una revisión sobre el material existente de la circuncisión neonatal y en 1971 señala: "No hay indicaciones médicas válidas para la -- circuncisión en el período neonatal". (7).

La circuncisión siguió practicandose con la misma frecuencia y en 1975 el Comité tras una nueva revisión, reafirma la tesis anterior y resume la información que debía proporcionarse a los padres de los niños, para que ellos decidieran -- la aplicación del procedimiento en sus hijos con una base -- bien razonada. (7-5).

Pese a la información existente, el procedimiento sigue -- practicandose actualmente concediendose los siguientes beneficios: (14)

Beneficios controversiales:

- Disminución de la incidencia del Ca de próstata.
- Disminución del cáncer cervicouterino.
- Incremento en la satisfacción sexual.

Beneficios Aceptados:

- Facilidad en la higiene del pene.
- Prevensión del cáncer del pene.
- Disminución en la incidencia de enfermedades transmitidas sexualmente.
- Prevensión de la fimosis.
- Prevensión de la parafimosis.
- Prevensión de la balanitis.
- Evitar el costo de la circuncisión tardía.
- Evitar el dolor y posibles efectos psicológicos de la circuncisión tardía.

A la luz de la información de que ahora disponemos, se suscita la discusión de tales beneficios y las conclusiones son las siguientes:

1. La circuncisión no parece ser útil en la prevención de el cáncer de próstata o en enfermedades transmitidas sexualmente, pero sí puede ser asociada con una disminución en la prevalencia del herpes genital. (14)

2. El cáncer cervicouterino actualmente se relaciona con el Herpes virus tipo 2, con el número de parejas sexuales de la mujer, con un inicio temprano de la vida sexual y la no circuncisión se ha considerado que no juega un papel primario en este cáncer. (11)

3. El cáncer de pene se ha observado raramente en hombres circuncidados, pero también es muy raro en hombres que practican buen aseo en la región del glande y prepucio como en los suizos. De aquí que la academia Americana de Pediatría concluyera que la higiene enseñada a los niños varones proporciona tanta protección contra este cáncer como la circuncisión. Por otro lado, la baja frecuencia de éste cáncer, no justifica la aplicación de un procedimiento que no está exento de riesgos y complicaciones. (5)

4. En cuanto a la prevención de las balanitis, fimosis, y parafimosis, cabe señalar de manera muy especial, la evolución que sigue el prepucio durante su etapa de madurez, ya que muy frecuentemente se considera fimótico al niño en sus primeros años, sin considerar que éste es un proceso fisiológico de su vida y transitorio.

El prepucio aparece a las 8 semanas de gestación como un engrosamiento de epidermis proximal al glande. A las 16 semanas crece hacia la punta del glande. En ese tiempo el epitelio escamoso de la superficie profunda del prepucio es continua el del glande. Espirales de células epiteliales se van formando y degenerando dejando espacios que al unirse dejan formado el saco prepucial. Al nacimiento este proceso no es completo y el prepucio no es retractil.

En 1949 Gairdner reportó que el prepucio puede no ser retractil a los 6 meses de edad en el 80% de los niños, a los 2 años en el 50%, a los 3 años en el 10%. Puede no retraerse en el 6% de los niños a la edad de 5 a 13 años y puede ser parcialmente retractil en el 14% de los niños. (14)

Con esta descripción de la evolución natural del prepucio la indicación de fimosis para practicar circuncisión queda limitada a edades posteriores a los 5 años, si la falta de retractibilidad ha dado lugar a procesos infecciosos (balanopostitis) que hayan dejado como secuela la sustitución de las sinequias naturales por sinequias fibrosas patológicas.

Las adherencias entre prepucio y glánde son también conocidas como sinequias balanoprepuciales y dado que no son continuas en toda la superficie del espacio entre glánde y prepucio, pueden permitir la retención de orina en estos espacios observándose la formación de un "globito" durante la micción. La repetición de este proceso causa irritación y si se agregan bacterias, procesos infecciosos como balanopostitis dando como resultado final la sustitución de las sinequias naturales por sinequias fibrosas patológicas limitándose la retractibilidad del prepucio y por tanto su deslizamiento sobre el glánde, ha este proceso se le conoce como Fimosis y le agregamos el término patológica para diferenciarla de la fimosis natural con que nacen todos los niños y que es fisiológica. (16-17)

La parafimosis es la imposibilidad para regresar al prepucio a su posición normal una vez retraído por detrás del glánde. Esto es debido a la inflamación crónica bajo el prepucio, que lleva a la contractura del anillo de piel prepucial. Este anillo tenso de piel que queda por detrás del glánde, ocasiona oclusión venosa que produce edema del glánde y mayor desproporción entre el tamaño del glánde y el calibre de la apertura prepucial. Si no se atiende, puede sobrevenir

oclusión arterial y desarrollarse gangrena del glande.

Como hemos visto, esta patología del prepucio puede ser evitada al circuncidar al niño al nacimiento, pero mediante la ablación de un órgano sano lo que según los cánones de la cirugía, no es permitido. (16)

Dicha patología también puede ser evitada al retirar los factores causales, esto es, evitar que tanto la orina como el smegma sean retenidos en un prepucio no retractil, o parcialmente retractil. Cómo? mediante la liberación de las adherencias que le impiden retraerse y una vez logrado, lavando con agua y jabón ésta zona. (5) Este procedimiento configura los mismos beneficios que se le han imputado a la circuncisión y deja a un lado los riesgos y complicaciones de ésta.

5. No ha sido posible hacer ninguna conclusión con respecto a la satisfacción sexual, ya que siendo el placer una sensación subjetiva, los estudios realizados hasta el momento, proporcionan resultados tanto positivos como negativos. Para algunos individuos la disminución de la sensibilidad del glande producida por los cambios epiteliales que se suscitan al estar en contacto con el medio externo, contribuye a la solución del problema de la eyaculación precoz; en contraposición otros autores señalan dispareunia por la sequedad que presenta un glande descubierto permanentemente, lo que no sucede en un sujeto que conserva su prepucio y que lo mantiene debidamente lubricado y protegido contra el medio exterior. (14)

6. Queda por último señalar en cuanto a evitar el dolor y posibles efectos psicológicos de la circuncisión tardía, que la ventaja de circuncidar a un niño en el periodo neonatal -- argumentando que ha esa edad no sienten el dolor tan intensamente como en una etapa posterior, puede no ser válido al observar su inquietud durante la realización del procedimiento y el rechazo prolongado que manifiesta después, manifestado

por un sueño sin movimiento rápido de los ojos. Las madres - han señalado dificultad con las criaturas durante varios días después de la circuncisión. A esta edad no se aplica anestesia general por los riesgos que implica, y algunos autores han sugerido empleo de bloqueo del nervio dorsal del - ne con buenos resultados pero que tampoco está exento de riesgos, habiéndose reportado impotencia secundaria al uso de este tipo de anestesia. (14)(7)

Por otro lado, si se analiza este punto en base a las descripciones de Gairdner de que sólo el 2 a 10% de los niños - que nacen requerirán circuncisión, no justifica la aplicación de un procedimiento a toda la población masculina, si como -- ahora sabemos, puede disminuir aún más el número de niños que requieran si se instruye a sus padres y posteriormente a ellos sobre la higiene del prepucio previa retracción del mismo. La patología del prepucio es secundaria a la pobre higiene, y para conseguir ésta, no se requiere de la eliminación del prepucio, únicamente de que sea posible su higiene.

Así pues, no existen bases sólidas para la aplicación de la circuncisión en forma profiláctica y consideramos que debe -- llevarse a cabo únicamente cuando tenga alguna indicación terapéutica.

Las indicaciones Terapéuticas aceptadas en los Estados Unidos son:

1. Fimosis
2. Parafimosis
3. Balanitis recurrente
4. Dispareunia por frenillo corto
5. Prepucio estrecho que cause obstrucción urinaria. (Esta condición se considera muy rara. (14)

Insistimos en que la indicación más importante es la fimosis y como consecuencia de ella la parafimosis. La balanitis es -- prevenible con la higiene. La dispareunia algunos autores la

tratan cuando es debida a frenillo corto, mediante un corte en la región avascular, con sutura transversal. Otros autores como en Estados Unidos, la consideran indicativa de circuncisión.

La práctica de la circuncisión neonatal se encuentra tan arraigada que hasta el momento poco se ha logrado para disminuirla. En varias investigaciones se ha señalado que los principales factores que la mantienen es el consejo médico, cuando éste la aconseja, se lleva a cabo en el 100% de los casos y cuando el médico se opone, sólo en el 20% de los casos. Los factores socioculturales que influyen de manera decisiva tanto en el Médico cuando la aconseja como en la población cuando la solicitan, son la religión, el nivel socioeconómico, la presencia del padre o del hermano mayor circuncidado, el considerarse estéticamente mejor, el deseo de evitar molestias durante el coito, etc.

Investigadores en diferentes lugares de Estados Unidos han iniciado la campaña contra la circuncisión practicada en forma indiscriminada sustituyendola por hábitos de higiene en el balano y surcubalanoprepucial.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES DE LA CIRCUNCISION EN EL HGZ NO. 68 IMSS.

En nuestro Hospital, la circuncisión ha representado alrededor del 5% del total de las cirugías efectuadas por año, durante los últimos 3 años. (Cuadro no. 1).

Con relación al grupo de edad, en 1983 el grupo comprendido entre 1 a 6 años ocupó el 75.86% del total de circuncisiones efectuadas. (cuadro no. 2)

Los costos que estos procedimientos están causando a la Unidad fueron para 1983, de 6 130 595.50 pesos por el no. total de circuncisiones efectuadas y de 21 286.79 pesos por unidad. (costos calculados para Junio de 1983).

Lo que más nos llama la atención de éstos datos, es el grupo de edad, ya que según la evolución natural del prepucio descrita por Gairdner en 1949, a los 3 años, el 90% de los niños han liberado ya las adherencias naturales y su prepucio es retractil, y un 6% aún permanecen adheridos de los 5 a 13 años de edad. Los niños de 1 a 3 años, representaron el 50% del total de pacientes circuncidados en ésta unidad, con diagnóstico de fimosis, sin especificarse si se trata de fimosis fisiológica o fimosis secundaria a procesos infecciosos balanoprepuciales. El sólo dato de la edad, nos sugiere la posibilidad de que se están circuncidando en forma profiláctica y dado que es posible aplicar simples medidas de higiene una vez que las adherencias han desaparecido o que hemos contribuido a su liberación, decidimos emprender este estudio.

C A P I T U L O I I

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los datos encontrados en nuestra clínica sobre la aplicación de la circuncisión, señalan que se están realizando a -- una edad en que difícilmente puede existir una fimosis verdadera, entendiéndose como tal, aquella producida como secuela de procesos infecciosos que han sustituido las adherencias naturales por adherencias fibrosas.

El porqué de esta situación puede tener 2 explicaciones:

1. El que los médicos carecen del conocimiento sobre la evolución natural del prepucio y por tanto no la ponen a disposición de los familiares del niño cuando la situación lo requiere.
2. o bien, de que hay factores socioculturales muy importantes en la determinación de los padres para llevar a cabo el procedimiento.

Dado que no existe apoyo para continuar la práctica de un procedimiento innecesario, consideramos que el problema puede ser abatido si investigamos directamente los factores que motivan la solicitud del procedimiento en los padres del niño - candidato a circuncisión , proporcionándoles argumentos válidos en contra de éste. Alternativamente, se les ofrecerá la Sinequirotomía como medio de lograr la liberación de las adherencias balanoprepuciales que impiden la higiene del glande y surco balano prepucial.

La participación que el médico juega en la indicación de este procedimiento se evidencia por la emisión de un diagnóstico mal fundamentado, en este estudio éste factor se estudiará sólo de ésta manera, dejando para una investigación posterior los motivos que impiden que el Médico asuma una conducta más apropiada.

Por tanto, nos planteamos los siguientes problemas para este estudio:

1. Es posible disminuir el número de circuncisiones innecesarias aplicando Terapia Racional Emotiva a los padres de los niños que la solicitan?
2. Se puede establecer la conducta de retraer el prepucio para lavar el surco balanoprepucial con adiestramiento modelado previa realización de sinequiectomía?

H I P O T E S I S.

1. El no. de circuncisiones innecesarias disminuye aplicando Terapia Racional Emotiva a los padres de los niños que la solicitan.
2. Con adiestramiento modelado se instala la conducta de retraer el prepucio y lavar el surco balano preputal con agua y jabón.

3. DESCRIPCION DEL ESTUDIO.

a) Caracterización del trabajo.

Es un estudio prospectivo.

Se trabajó del 10. de marzo al 31 de agosto de 1984 con todos los pacientes enviados a la consulta de Circuncisión en el HGZ no. 68 en Tulpetlac Delegación no. 3 del Valle de México en el IMSS, con los siguientes criterios de inclusión:

Masculinos de 0 a 14 años de edad.

Sin malformaciones genitourinarias.

Que solicitaron circuncisión, o que les fué indicada.

Se captaron 109 pacientes, de los cuales, 1 se excluyó por presentar epispadias. 4 pacientes fueron sometidos a circuncisión por presentar fimosis patológica. 2 pacientes se excluyeron de la sinequiotomía por encontrarse sin adherencias balanoprepuciales, se les modeló la forma de retraer el prepucio para que practicasen la debida higiene.

A los 104 pacientes con que finalmente se trabajó, se les aplicó un cuestionario con la Técnica de la Entrevista Individual Dirigida para obtener datos sobre los factores que motivaron la solicitud de circuncisión.

Se aplicó Terapia Racional Emotiva a todos los pacientes de acuerdo a la información de que disponían en relación a la circuncisión. (apéndice 1).

Se realizó sinequiotomía a todos los niños que presentaron adherencias balanoprepuciales naturales en forma manual en 1 ocasión o en varias, de acuerdo al grado de adherencia y la edad del niño. (apéndice 2).

Se modeló la forma en que debía retraerse el prepucio y regresarlo a su posición original e inmediatamente se le

se le indicó al tutor del niño que la efectuara, reforzándole cada aproximación hasta conseguir que la realizara correctamente. Los reforzadores que se emplearon fueron de tipo social tales como "bien", "correcto", "felicitaciones", "lo hace muy bien", "Sonrisas". "palmaditas en la espalda" y "demostraciones de interés". (Apéndice 3).

Se dieron indicaciones de lavado con agua y jabón una vez retraído el prepucio, aunque no se hubiera logrado la liberación total de las sinequias o adherencias. Una vez retraído completamente el prepucio, se les identificó el surco balanoprepucial y se hizo énfasis en el aseo de ésta región; cuando se encontró smegma se les informó de la necesidad de mantener dicha región sin tales secreciones.

En citas subsecuentes se completó la sinequiotomía y se corroboró el aprendizaje de la maniobra de retracción mediante la observación directa del procedimiento así como de el estado de higiene con que se encontraba el niño. Cuando se encontró son smegma, se le aplicaron reforzadores negativos tales como: "lo está haciendo muy mal", "no coopera en el tratamiento de su niño".

A todos los tutores de los niños, se les explicó la posibilidad de edema por la sinequiotomía recomendándoles la aplicación de hielo local y aceite de bebé sobre el glande así como el uso de analgésicos si fuese necesario según el grado de inquietud del niño. Se insistió en la necesidad de practicar la maniobra de retracción e higiene tanto para mantener limpia la zona balanoprepucial como para hacer un hábito de ésta maniobra en el niño e impedir la formación de nuevas adherencias y retroceso en el tratamiento.

Los pacientes fueron dados de alta cuando la maniobra de retracción fué bien realizada por el niño o su tutor y la observación de un surco balanoprepucial limpio.

4. PRESENTACION DE RESULTADOS.

1. EDAD. El 82.39% fué menor de 5 años.
2. DIAGNOSTICO DE ENVIO: Fimosis en el 80% y Prepucio Redundante en el 12%.
3. El 58% enviado por Medicina Familiar; el 33% por Pédíatria y el 9% a solicitud de los padres del niño.
4. MOTIVO DE SOLICITUD DE CIRCUNCISION: El 41% de la población total señaló algún motivo para solicitar la circuncisión. En el 39.53% de esa población fué para evitar Infecciones. La segunda causa fué el deseo de evitar molestias sexuales durante el coito con un 18.60% y para facilitar la higiene del pene un 13.95%. Por cuadros previos de Infección de vías urinarias, en el 6.97%. El 59% restante fué por Indicación Médica.
5. GRADO DE ADHERENCIAS BALANOPREPPUCIALES: Con fines de descripción, el glande se dividió en tercios, siendo el distal la porción terminal del glande, el medial el intermedio y el proximal el que incluye el surco balanoprepucial. El 52.94% de los pacientes presentó adherencias al tercio distal ubicandose en los grupos de edad de -1 a 6 años. Las adherencias a tercio medio y distal se encontraron en el 18.62% y 28.43% respectivamente, distribuidos en todos los grupos de edad. 2 Pacientes no presentaron adherencias balanoprepuciales.
6. SINTOMATOLOGIA: 77% fueron sintomáticos y 23% asintomáticos. La sintomatología referida con más frecuencia fué: Disuria y/o irritación en el 30.76% de la población total estudiada. 16.34% con postitis, 12.50% con "globo transmisional", balanitis en el 10.57%.
7. CORRELACION DE SINTOMATOLOGIA Y ADHERENCIAS: De los pacientes con adherencias el 22.11% cursó asintomático y el 75.96% con sintomatología. De los pacientes sin adherencias el -- 0.96% cursó asintomático y el 0.96% sintomático.
8. TRATAMIENTO:

8. TRATAMIENTO: 82 pacientes fueron tratados con sinequiotomía y modelamiento, de los cuales sólo al 34.61% se le controló hasta el final de su tratamiento. A los demás pacientes que representan el 44.23% no fué posible seguirlos, ya que abandonaron su tratamiento. Al 9.61% sólo se les aplicó modelamiento, con seguimiento hasta finalizar su tratamiento en el 1.92% ya que estos pacientes no necesitaron sinequiotomía.
9. COMPLICACIONES: Formación de nuevas adherencias en el 9.61% edema con úlceras en glánde secundarias a sinequiotomía en el 1.92%, y parafimosis en 1 caso que representó el 0.96% resuelto mediante corte dorsal del prepucio.
10. Cuatro pacientes fueron circuncidados por fimosis patológica. De los pacientes estudiados, ninguno fué circuncidado, a excepción del paciente a quien se practicó corte dorsal por parafimosis.

Cuadro no. 1

Porcentaje de circuncisiones en relación al número total de cirugías realizadas en los 3 últimos años en el HGZ No. 68.

A ñ o	Número de Circunci- siones.	Número total de Cirugías	p Porcentaje
1981	93	1 570	5.92
1982	145	3 545	4.09
1983	228	4 422	5.15

Fuente: Forma 4-30-27
Archivos de Cirugía.
HGZ no. 68.

Cuadro no. 2

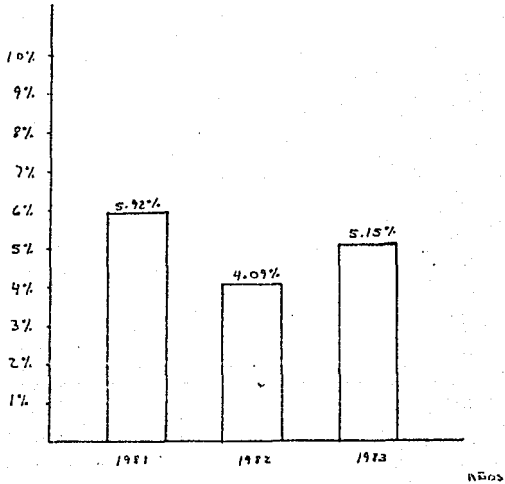
No. de Individuos circuncidados por grupo de edad, en el HGZ no. 68 durante el año de 1983.

Edad en años	Número total	Porcentaje
- 1	18	7.89
1 - 3	96	42.10
4 - 6	39	25.87
7 - 9	24	10.52
10 - 12	12	5.26
13 - 15	3	1.31
16 - 18	1	0.43
19 - 21	15	6.57
TOTAL	228	100.00

Fuente: Forma 4-30-27
Archivos de Cirugía
HGZ no. 68, 1983.

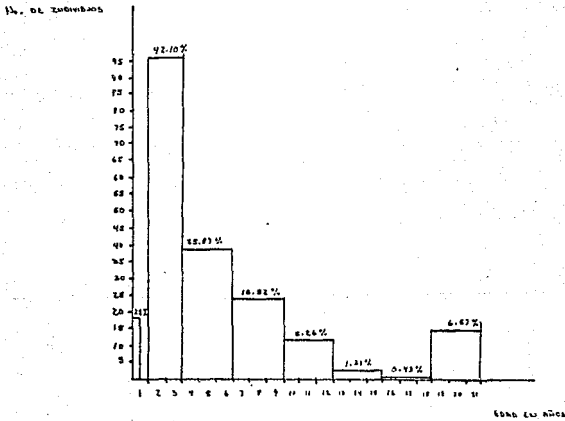
Gráfico no. 1

Porcentaje de circuncisiones en relación al número total de cirugías realizadas en los 3 últimos años en el HGZ no. 68.



Fuente: Cuadro 1.

Gráfico no. 2
Número de individuos circuncidados por grupo de edad en el
HGZ no. 68 durante el año de 1983.



Fuente: Cuadro no. 2

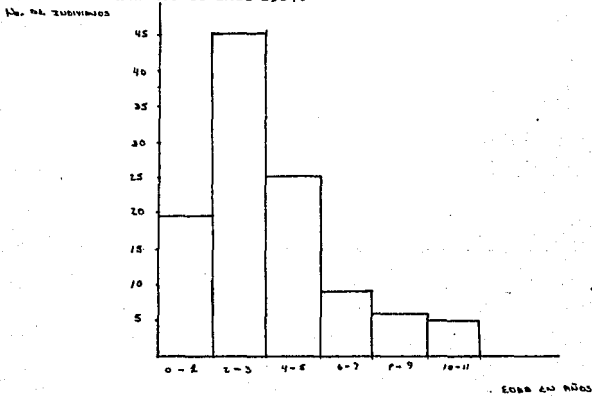
Cuadro no. 3

Número de Individuos enviados a Circuncisión
de acuerdo a la edad.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

EDAD EN AÑOS	NO. DE INDIVIDUOS	PORCENTAJE
0 - 2	19	17.59
2 - 3	45	41.66
4 - 5	25	23.14
6 - 7	8	7.40
8 - 9	6	5.55
10 - 11	5	4.62
T O T A L	108	100.00

Fuente: Forma de Interconsulta a especialidad.
1984.

Gráfica No. 3
Número de Individuos enviados a circuncisión
de acuerdo a la edad.
HGZ no. 68 IMSS 1984.



Fuente: Cuadro no. 3

Cuadro no. 4

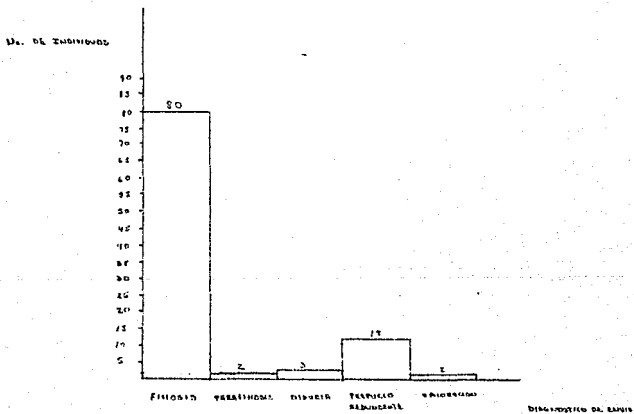
Número de niños, de acuerdo al diagnóstico de envío para circuncisión.

HGZ no. 68 1984.

Diagnóstico de envío	Número de niños	%
Fimosis	86	79.62
Parafimosis	2	1.85
Disuria	3	2.77
Prepucio Redundante	12	11.11
a Valoración	2	1.85
Hernia Ing. + Fimosis.	2	1.85
Tótal	108	100.00

Fuente: Expediente de los pacientes.

Gráfica no. 4
Número de niños de acuerdo al diagnóstico de envío
a circuncisión.
HCZ no. 68 IMSS 1984.

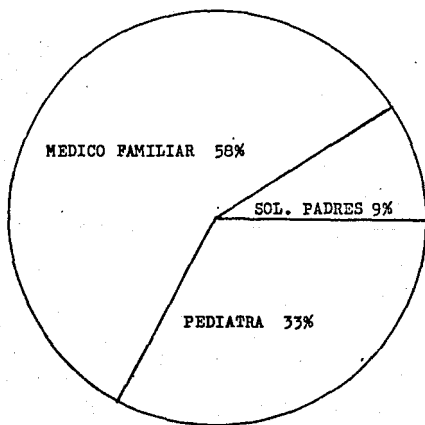


Fuente: Cuadro no. 4.

GRAFICO No. 5

Porcentaje de niños enviados para circuncisión por Médico familiar, Pediatra y a solicitud de los padres.

HGZ 68, IMSS. 1984



Cuadro no. 6

Pacientes que señalaron algún motivo para solicitar la circuncisión, comparados con los que no lo tenían. HGZ no. 68 IMSS 1984.

	Número	Porcentaje
Con motivo	43	41
Sin motivo	61	59
Total	104	100

Cuadro no. 7

Causas por las que los padres solicitan la
circuncisión para sus hijos.

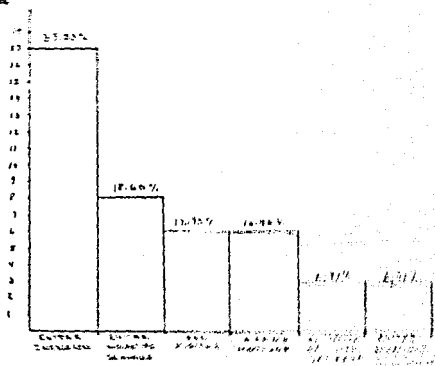
HGZ no. 68, IMSS. 1984.

MOTIVO DE SOLICITUD	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Para evitar infección	17	39.53
Evitar molestias sexuales durante el coito	8	18.60
Por higiene	6	13.95
Otros motivos	6	13.95
Por Inf. Vías Urinarias	3	6.97
Para evitar problemas no especificados.	3	6.97
Total	43	100.00

Fuente: Registro de Entrevista Dirigida.

[Illegible text, possibly a header or title]

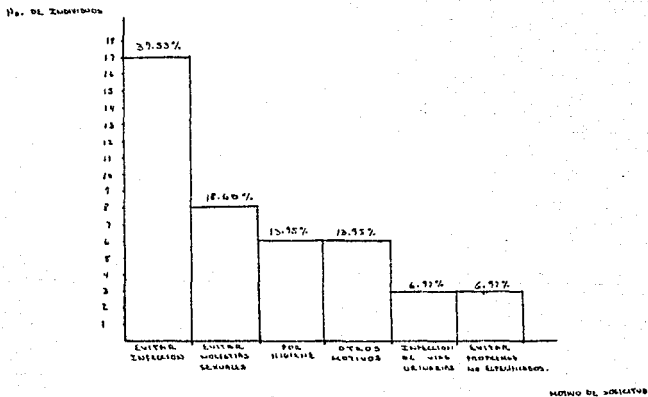
Fig. No. [Illegible]



Source: Chapter No. 7

[Illegible signature or note]

Gráfica no. 7
Causas por las que los padres solicitan
la circuncisión en sus hijos.
HGZ no. 68 IMSS 1984.



Fuente: Cuadro no. 7

Cuadro no. 8
Grado de adherencias en los niños enviados a
Circuncisión.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

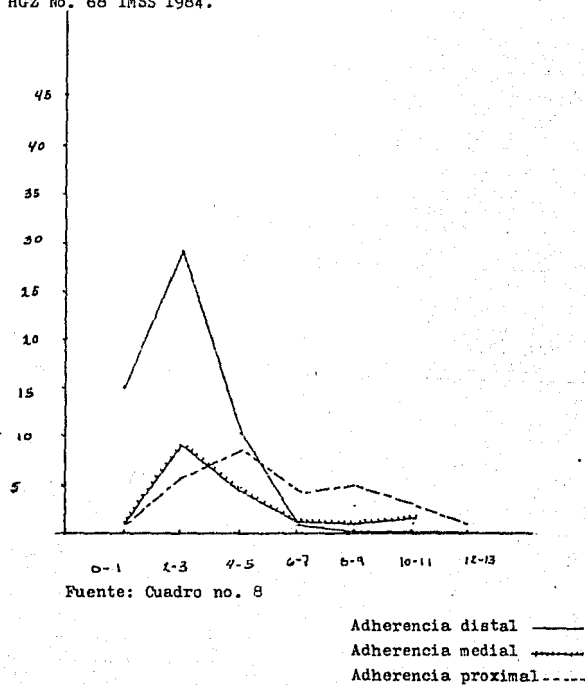
Grupo ETAREO	ADHERENCIAS BALANOPREPUCIALES				Total
	Distal	Medial	Proximal	Sin Adh.	
0-1	15	1	2		18
2 a 3	28	8	6		42
4 a 5	10	6	8		24
6 a 7	1	1	4		6
8 a 9	00	1	5	1	7
10 a 11	0	2	3	1	6
12 a 13	0	0	1		
TOTAL	54	19	29	2	104
Porcentaje	51.92	16.26	27.88	1.92	100

Fuente: Expediente de los pacientes.

Gráfico No. 8

Grado de adherencias en los niños enviados a Circuncisión.

HGZ No. 68 IMSS 1984.



Cuadro no. 9

Sintomatología presentada por los pacientes
que solicitaron circuncisión.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

SINTOMATOLOGIA	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Disuria y/o irritación	3 2	30.76
Asintomáticos	2 4	23.07
Postitis	1 7	16.34
"Globo transmiccional"	1 3	12.50
Balanitis	1 1	10.57
Otros	7	6.73
TOTAL	1 0 4	100.00

Fuente: Expediente de los pacientes.

Cuadro no. 9'

Correlación de sintomatología en pacientes con y sin adherencias.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

	Asintomático		Sintomático		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Con adherencia	23	22.11	79	75.96	102	98.07
Sin adherencia	1	0.96	1	0.96	2	1.92
TOTAL	24	23.07	80	76.92	104	99.99

Fuente: Expediente de los pacientes.

Cuadro no. 10

Tratamiento aplicado a los pacientes enviados a Circuncisión.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

TRATAMIENTO	NO. PACIENTES	PORCENTAJE
Sinequiotoμία Completa más Modelamiento	8 2	78.84
Sinequiotoμία Incompleta más modelamiento	1 1	10.57
Sin Sinequiotoμία. Sólo modelamiento.	1 0	9.61
TOTAL	1 0 4	100.00

Nota: 2 pacientes no requirieron sinequiotoμία.

Fuente: Expediente de los pacientes.

Cuadro no. 10'

Control de paciantes sometidos a sinequiotoμία y modelamien
to. HGZ no. 68 IMSS 1984.

Con control poste- rior a Sinequiotoμία		Sin control' poste- rior a Sinequiotoμία.	
Número	%	Número	%
36	34.61	46	44.23%

Fuente: Expediente de los pacintes.

* Por abandono en su tratamiento.

Cuadro no. 11
Complicaciones de la Sinequiotomía.
HGZ no. 68 IMSS 1984.

Complicaciones	Número	%
Formación de nuevas adherencias	10	9.61
Ulceras en el glande	2	1.92
Parafimosis	1	0.96

APENDICE NO. 1

TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

La Terapia Racional Emotiva es un método cognoscitivo que tiende a modificar los sentimientos y las acciones a través de una influencia sobre los patrones de pensamiento.

Su modelo de aplicación es el A-B-C-D-E, donde el punto A Activating se refiere a un suceso real al que el individuo se expone.

Beliefs se refiere a la cadena de pensamientos que utiliza el individuo como respuesta a A en base a sus creencias casi siempre supersticiosas.

Consequence simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B, o sea la conducta perturbadora.

Discussion se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B por medio del razonamiento de un hecho conocido y no supuesto.

Effect disminución de la frecuencia de la emisión de la conducta perturbadora, como consecuencia del manejo en D.

Esta técnica aplicada al problema de la circuncisión en donde la solicitud de circuncisión es resultado de un pensamiento irracional consecuencia del desconocimiento de la utilidad de su aplicación, se desarrolla en terminos generales de la siguiente manera:

El punto A tiene lugar cuando el niño refiere a sus padres molestias al orinar, al observarse la formación del "globo transmicional", la irritación del prepucio, etc.

En el punto B como respuesta a A el padre del niño puede suponer que su hijo necesita circuncisión y acudir con su Médico a solicitarla (Conducta inadecuada del punto C).

Si el padre desconoce a la circuncisión como procedimiento acude con su Médico a referir el problema de su hijo y éste lo envía a Cirugía con la indicación de circuncisión.

Su pensamiento en este caso como resultado de A es "si la necesita -la circuncisión- que se le haga.

El punto C es entonces el mismo que el anterior, o sea la solicitud de circuncisión, acompañado muchas veces del deseo de no operar a su hijo.

En el punto D, se establece la discusión del porqué no es necesaria la circuncisión para solucionarle o evitarle al niño los problemas que motivo su consulta.

La base de esta discusión está en los conocimientos sobre la evolución natural del prepucio, la sinquiometría como procedimiento que permite la liberación de las adherencias naturales para permitir la higiene balanoprepucial y su efecto comparativo con la circuncisión cuya única ventaja real es - la facilidad en la higiene del balano al no existir el prepucio.

En el punto E, observamos los cambios de la conducta perturbadora al aceptar el procedimiento alternativo y dejar de solicitar la circuncisión.

Este punto es la forma de evaluar la efectividad de la -- técnica aplicada a cierta conducta no siendo posible la evaluación estadística, por tanto, la presencia de una conducta X que deja de emitirse tras la aplicación de éste método es considerada como efectiva.

APENDICE NO. 2

S I N E Q U I O T O M I A .

La palabra sinequiotomía significa sección, liberación o separación de adherencias, en este caso de las existentes entre el glande y el prepucio.

Para ello se han empleado diversos instrumentos que van desde la sonda rígida acanalada, un termómetro, pinza kelly etc. y la liberación por medio de la tracción del prepucio e en forma manual, ésta es la técnica que en este estudio empleamos.

Consiste en tomar el pene por su extremo distal con los dedos pulgar e índice de l o ambas manos y traccionar suavemente en l o varias ocasiones a fin de ir liberando las adherencias suavemente para evitar traumatismo en lo más posible. Cuando sea necesario se tracciona con una mano y con la otra se apoya el glande para facilitar la maniobra. Una vez completa la liberación de las adherencias, el niño se encuentra en posibilidades de asear dicha región.

Es actualmente la técnica más satisfactoria para el inicio temprano de la higiene genital y por tanto el recurso que permite disminuir las enfermedades del prepucio.

APENDICE NO. 3

PROCEDIMIENTO DE MODELAMIENTO

El procedimiento de modelamiento consiste en exponer al sujeto ante uno o más individuos presentes (vivos) o filmados (simbólicos) que demuestren las conductas que el cliente habrá de adoptar.

El efecto de un procedimiento de modelamiento puede ser no solo la adopción de ciertas conductas modeladas por el individuo sino también los cambios en los aspectos correlativos de actitud y afecto de estos comportamientos.

- a) Adquisición de patrones de conducta nuevos y apropiados
- b) Facilitación social de conductas apropiadas por la inducción del individuo a efectuar dichas conductas de las que era capaz previamente en tiempo más adecuado, de manera más apropiada o hacia gente más idónea.
- c) Desinhibición de conductas que el cliente ha evitado a causa del miedo o la ansiedad.
- d) Extinción directa del miedo relacionado con la persona animal u objeto hacia el que la conducta estaba dirigida.

La conducta que se modeló en este estudio fué la retracción del prepucio como ayuda a la sinequiotomía paulatina y como medio para poder llevar a cabo la higiene del prepucio y balanó.

Con el niño en decúbito dorsal, se mostró al tutor del niño la forma en que debía retraer el prepucio, asearlo y regresarlo a su posición original. Una vez modelado, se pidió al tutor que realizara el procedimiento reforzándolo en cada aproximación hasta obtener resultados satisfactorios. Se emplearon reforzadores de tipo social verbales.

La medición de ésta técnica fué puramente observacional, al comprobar la realización adecuada de la conducta modelada.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

5. ANALISIS DE RESULTADOS.

De una población de 0 a 12 años de edad que correspondió a mi universo de trabajo constituido por 104 pacientes, el 59.25%, correspondió a los menores de 3 años, el 23.14% al grupo de 4-5 años y el grupo de 6 a 12 años al 17.57%.

El diagnóstico de fimosis con que fueron enviados el 72-79.62% de los pacientes correspondió a fimosis patológica tributaria de circuncisión sólo al 3.8%.

El 11.11% fueron enviados con Dx. de prepucio redundante el cual sólo es indicativo de circuncisión si existen cuadros de balanopostitis de repetición, que en estos pacientes no se encontró.

El 1.85% con diagnóstico de parafimosis y el 2.77% por disuria, en ambos grupos se trató de adherencias fisiológicas

El envío de los pacientes a cirugía correspondió a Medicina Familiar en el 58%, a Pediatría en el 33%, y a solicitud de los padres del niño en el 9%.

Sólo el 41% de los padres de los niños dió algún motivo para solicitar la circuncisión, siendo el más frecuente el deseo de evitar infección en esa región (39.53%) y evitar molestias sexuales al coito en el 18.60%. Por higiene en el 13.95% y por infección de vías urinarias previas en el 6.97%.

Con estos datos observamos la franca participación del Médico en la indicación de circuncisión de un niño, que según la edad y los diagnósticos señalados en este estudio, corresponden a la circuncisión de tipo profiláctico la cual actualmente no es aceptada ya que no demuestra ningún beneficio en comparación a la Sinequiotomía la cuál permite asear la región balanoprepucial y evitar la patología del prepucio.

La influencia que los padres ejercen sobre este problema es

escasa y fácilmente modificable al proporcionarles la información existente sobre la evolución natural del prepucio, así - la solución del problema que el niño presenta o su prevención mediante la sinequiotomía y el aseo de sus genitales.

En el exámen físico de estos niños, encontramos adherencias balanoprepuciales en el 98.07% de la población total y - sintomatología en el 76.92% (Tabla no. 9'). El 52.94% presentó adherencias hasta el tercio externo del glande en los grupos de edad de menos de 5 años. A los 3 años predomina la adherencia a tercio medio y a los 5 años la adherencia a tercio distal. (Cuadro y gráfico no. 8).

Los síntomas referidos con más frecuencia correspondieron a procesos irritativos que causaban disuria en el 30.76%, el 12.50% presentaron "globo transiccional" en ocasiones sintomático con irritación y en ocasiones asintomático. Balanitis en el 10.57% y con postitis en el 16.34% sin secuelas de adherencias patológicas. El 23.07% cursaron asintomáticos. (Cuadro no. 9).

Se realizó sinequiotomía y modelamiento al 78.84% de la población total con control hasta el final de su tratamiento en el 34.61% que correspondió a 36 pacientes. El restante 44.23% -- abandonaron su tratamiento, por lo que se excluyeron del estudio. El 18.76% restante fueron excluidos también por abandono de su tratamiento, habiéndose practicado sinequiotomía sin completarla aún a 11 pacientes y a 8 se les aplicó únicamente modelamiento. 2 paciente sin adherencias balanoprepuciales se trataron con modelamiento únicamente obteniendo buenos resultados, 1 de ellos cursaba con balanitis y el otro asintomático

En total de 38 pacientes a quienes pudimos seguir hasta el final de su tratamiento, en todos se obtuvo respuesta favorable en cuanto a aceptar la sinequiotomía como sustituto de la circuncisión, ausencia de la sintomatología que presentaban y aprendizaje de la maniobra de higiene.

De las complicaciones referidas, 10 pacientes (9.61%) presentaron neoformación de adherencias a causa de higiene deficiente, las cuales fueron fácilmente removibles y seguidas de higiene adecuada al insistirse a los tutores de los niños en la necesidad de practicar el lavado de esa zona para evitar nuevamente este problema, no volviendo a presentarse.

En 2 niños se observó edema importante postsinequiectomía y se agregó una úlcera en glande a consecuencia de deficiencia en la higiene de la región. Fueron tratados con fluorocorticoides locales, antibiotico sistémico y baños de asiento con remisión en 3-4 semanas.

Un niño presentó parafimosis por lo que fué intervenido quirúrgicamente con corte dorsal enpenc.

CONCLUSIONES.

La aplicación de la circuncisión en nuestra clínica es de tipo profiláctica en la mayoría de los casos.

Su indicación depende principalmente de la indicación médica con escasa o nula influencia de parte de los padres del niño.

La mayoría de la población estudiada presentó sintomatología y esto va en relación al grado de adherencias fisiológicas más allá del tiempo esperado según el reporte de --- Gairdner, no obstante, no encontré dificultad para liberar las adherencias encontradas, si bien los resultados podrían no apoyar del todo ya que sólo el 34.61% fué demostrado en tiempo posterior su evolución satisfactoria.

La prevención de la patología balanoprepucial será más efectiva en cuanto más temprano pueda instalarse la higiene de la región balanoprepucial, por tanto, la sinequiotomía - deberá iniciarse alrededor de los 6 meses con tracciones -- suaves que contribuyan a la liberación natural que se está efectuando a esa edad.

El modelamiento de la forma en que debe realizarse la re tracción y aseo de la región balanoprepucial, es sumamente importante, ya que elimina el miedo de la madre a lastimar a su hijo al realizarle ésta maniobra, con la consecuente limi tación en su aplicación.

En cuanto a la TRE su aplicación protege a los padres de influencias externas que podrían contribuir a que solicitaran a la circuncisión, ya que les proporciona un fundamento de la inutilidad de ese procedimiento.

B I B L I O G R A F I A

1. HERRERA ALFREDO J.: HSU ANDREW S.; SALCEDO UMAT RUIZ MARIA P. THE ROLE DE PARENTAL INFORMATION IN THE INCIDENCIA OF CIRCUMCISION. PEDIATRICS Vol. 70 No. 4 October 1982 Pp. 597-598.
2. HERRERA ALFREDO J.: COCHRAN BEVERLY; HERRERA ANNE; WALLACE BARBARA. PARENTAL INFORMATION AND CIRCUMCISION IN HIGHLY MOTIVATED COUPLES WITH HIGHER EDUCATION. PEDIATRICS, Vol. 71 No. 2 Febrero 1983. Pp. 233-234.
3. JEFFREY MAISELS M.: HAYES BARBARA, CONRAD BARAH, CHEZ RONALD A. CIRCUMCISION: THE EFFECT OF INFORMATION ON PARENTAL DECISION MAKING. PEDIATRICS. Vol. 71, No. 3 March 1983 Pp 453-455.
4. K. ANDAY, ENDLA; KOEORI JOYCE. STAPHYLOCOCCAL SCALD SKIN SYNDROME: A COMPLICATION OF CIRCUMCISION. J.B. LIPPINCOTT Pp. 420.
5. KING LOWELL R: NEONATAL CIRCUMCISION IN THE UNITED STATES IN 1982. THE JOURNAL OF UROLOGY . Vol. 128, November 1982 Pp 1135-1136.
6. LEE RUFF MARY; A. CLARKE THOMAS; HARRIS J. PETER; K. BARTELS EDWARD, ROSENZWEIG MARK. MYOCARDIAL INJURY FOLLOWING IMMEDIATE POSTNATAL CIRCUMCISION. AM. J. OBSTET. GYNECOL. December 1982. Pp. 850-851.
7. LUBCHENCO LULA O: ROUTINA NEONATAL CIRCUMCISION: A SURGICAL ANACHRONISM. CLIN. OBST. AND GYNECOLOGY. Vol. 23 No. 4 December 1980.

8. MC KIM JOHN S. NEONATAL CIRCUMCISION. CMA JOURNAL Vol. 125
November 1981 Pp. 955.
9. METCALF THOMAS J. OSBORN LUCY; MARK MARIANI E. CIRCUMCISION
CLINICAL PEDIATRICS Vol. 22 No. 8 Pp. 575-579. Aug. 1983
10. OUTERBRIDGE E.W.; BEAUDRY G.M.; CHANCE S.B. MAC MURRAY.
BENEFITS AND RISK OF CIRCUMCISION: ANOTHER VIEW. CMA
JOURNAL Vol. 126 JUNE 1982. Pp. 1399.
11. PATEL DAKSHA A. FLAHERTY EMALLE G.; BUNN JUDITH. FACTORS
AFFECTING THE PRACTICE OF CIRCUMCISION. AM. JOURNAL DIS.
CHILD. Vol. 136 July 1982 Pp. 634-636.
12. STERENBERG N.; GOLAN J.; BEN-HUR N. NECROSIS OF THE GLANS
PENIS FOLLOWING NEONATAL CIRCUMCISION. PLASTIC AND RECONS
TRUCTIVE SURGERY, August 1981 Pp 237-239.
13. TAYLOR PAUL G. CASE-CONTROL STUDY OF COUNSELLING AGAINST
NEONATAL CIRCUMCISION. CAN MED. ASSOC. J. Vol. 128
April 1983. Pp. 814-817.
14. WARNER ELLEN; STRASHIN ELLIOT. BENEFITS AND RISKS OF CIR-
CUMCISION. CMA. JOURNAL. Vol. 125. November 1981. Pp 967
992.
15. WIRTH JOHN L. CURRENT CIRCUMCISION PRACTICES: CANADA. PEDIA
TRICS. Vol. 66 No. 5 November 1980. Pp 705-708.
16. STRAFFON OSORNO ANDRES DR. ¿PORQUE LA CIRCUMCISION? MONOGRA
FIA DEL PREPUCIO. LA SINEQUIOTOMIA. Ed. ESTELA, 1a. Edicifon.
1982. pp. 241.
17. SMITH DONALD R. UROLOGIA GENERAL. El Manual Moderno S.A.,
1975. pp. 444.

18. RIMM DAVID C. Y MASTERS JHON C. TERAPIA DE LA CONDUCTA
TECNICAS Y HALLAZGOS EMPIRICOS. Ed. Trillas. 2a. reim
presión, 1983. pp. 543.

19. ELLIS ALBERT DR. Y ABRAHAMS ELIOT DR. TERAPIA RACIONAL
EMOTIVA. (TRE) Edit. Pax-México, 1a. reimpresión, 1983
pp. 279.