

APROXIMACIÓN A ALGUNAS CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PATOLOGÍA ANATÓMICA Y CLÍNICA

GERMÁN J. CORAL O., MD

Patólogo, Director de Patología Anatómica y Laboratorio Clínico IDIME,
Instituto de Diagnóstico Médico

YENNY E. MOLANO C.

Bacterióloga C.M.C.
Supervisora del Laboratorio Clínico IDIME,
Instituto de Diagnóstico Médico

Introducción

Desde el comienzo me he planteado como objetivo el presentar algunos aspectos bioéticos de la Patología anatómica y clínica de un modo práctico, analizando las dudas que surgen y los posibles enfoques para solucionarlos, basado en la experiencia personal en estos dos campos de la medicina. Obviamente no pretendo agotar el tema.

Necesariamente una exposición de este tipo compromete la visión particular que el expositor tiene de la bioética. Por tanto quiero decir de entrada que percibo la Bioética como una reflexión, que basada en unos principios, pretende o intenta dar la mejor solución a una situación clínica en la cual está o puede estar comprometida la integridad física o moral de un paciente. La reflexión implica una actitud de apertura a la verdad, de aplicación al estudio, de un sano cuestionamiento sobre las técnicas y conocimientos y sobre las implicaciones de las decisiones "técnicas". También me parece parte de esa reflexión una actitud sanamente crítica ante paradigmas de moda, o ante soluciones fáciles ampliamente difundidas, o ante posturas del menor esfuerzo. Precisamente una actitud pasiva y conformista puede ser la causa de lamentables daños a pacientes y no solo a ellos sino al mismo profesional de la salud, porque una decisión éticamente errónea lo va "configurando" a él mismo como ser erróneo y propagador del error y del mal. Se produce así una paradoja –en mi opinión muy frecuente actualmente– de que un profesional técnicamente muy cualificado anula el posible bien que puede producir con su ciencia al resolver erróneamente situaciones bioéticas en las que están implicados principios de un orden mas profundo que los puramente técnicos.

Por eso me parece plausible el esfuerzo realizado en muchos centros universitarios en todo el mundo –entre estos la Universidad de la Sabana– de intentar lograr al mismo tiempo un alto nivel técnico científico y un alto nivel bioético.

Comenzaré por una breve visión del hombre como clave para resolver las situaciones concretas de bioética en la Patología Anatómica y Clínica, para pasar a exponer algunas de estas situaciones.

1. Visión de la dignidad del hombre como clave para resolver asuntos bioéticos

La profundización de este tema pertenece a los principios de la bioética, pero quiero hacer referencia a él, porque sin lugar a dudas es muy luminoso para resolver situaciones concretas de la práctica de cualquier especialidad médica. *La dignidad del hombre es un luminoso faro que aclara con facilidad situaciones bioéticas de por sí complicadas.* Es mucho lo que se ha reflexionado sobre este tema, solo quiero recordar algunos autores:

- “La humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre (ni por otro ni por sí mismo) como un simple instrumento, sino siempre, a la vez, como un fin; y en ello precisamente estriba su dignidad (la personalidad)” (Immanuel Kant, “Metafísica de las costumbres” par. 38 (III,321))
- “La nobleza, la dignidad *ontológica* de la persona, se revela infinitamente superior a la de todos los otros entes creados: se sitúa en un grado de ser cuya distancia respecto a los grados de ser de los otros entes es infinitamente infinita, para usar la terminología pascaliana...” (Carlo Caffarra, *La sexualidad humana*, Encuentro, Madrid, 1987, 26-27)
- En la Encíclica *Evangelium Vitae*, su Santidad Juan Pablo II dedica unos párrafos a esta reflexión bajo el título *Valor incomparable de la persona humana*. En ella dice entre otras cosas: “El hombre está llamado a una plenitud de vida que va más allá de las dimensiones de su existencia terrena, ya que consiste en la participación de la vida misma de Dios. Lo *sublime* de esta vocación sobrenatural manifiesta la *grandeza* y el *valor* de la vida humana incluso en su fase temporal” (n. 2).

Esto quiere decir que al reflexionar sobre situaciones bioéticas concretas hemos de tener presente esta grandiosa dignidad de todo hombre y pro-

yectarlo en el tiempo cara a su perfeccionamiento humano y sobrenatural. Sin este fundamento, me parece que una reflexión bioética queda incompleta y corre el riesgo de dar soluciones erróneas. Caen de su peso las consecuencias funestas de una valoración errónea de la dignidad del hombre.

2. Situaciones concretas

PARTE I

CUESTIONES BIOÉTICAS DE LA PATOLOGÍA ANATÓMICA

A. La competencia profesional: un primer reto bioético

Mantenernos actualizados y conservar el hábito del estudio son un primer y muy importante desafío ético. La literatura médica es de una extensión imponente y exige esfuerzos de orden y de especialización para su mayor aprovechamiento. Unos principios bien conocidos en la patología anatómica son importantes para evitar errores de diagnóstico:

1. No hacer un diagnóstico positivo para cáncer si no se está completamente seguro. Es muy sano, antes de hacer ese diagnóstico pensar qué consecuencias se derivan de dicho diagnóstico. Pedir otra opinión cualificada; mientras se pueda, un diagnóstico de este tipo debe ser visto por lo menos por dos especialistas. Tener, como se dice, "todos los ases en la mano". No ver biopsias, sino pacientes.

En una Institución enviaron a patología una biopsia por congelación de un nódulo pulmonar. El fragmento se procesó y se pasó a varios especialistas, pero en realidad ninguno tenía la responsabilidad *directa* del caso. A todos les pareció una metástasis de un adenocarcinoma. La sorpresa se presentó cuando al procesar en cortes de parafina no se encontraron signos de malignidad, pues se trataba de un hamartoma, entidad benigna. Después de esta desagradable experiencia en dicha institución volvieron a la sana norma de responsabilizar a uno de los especialistas en cada biopsia por congelación. Este error de patología ocasionó una lobectomía pulmonar innecesaria.

Llega al servicio de patología de otra institución una biopsia de colon con I.Dx. de colitis en estudio. El patólogo encuentra unos granulomas y luego de estudiarlo se convence de que es una Enfermedad de Crohn, y hace un reporte con tal diagnóstico. El paciente agrava su sintomatología por lo que deciden instaurarle tratamiento con corticosteroides. El paciente empeora aún más y fallece. La autopsia correspondió a una TBC miliar. Este tipo de errores se pueden evitar cuando en un servicio de patología se trabaja con mentalidad de equipo, hay una sana sub-especialización, y no se pierde la visión del paciente. Hay que perder el miedo a decir que no hemos logrado llegar a un diagnóstico conclusivo, que se tomen más biopsias, que se consideren otras posibilidades diagnósticas, etc. Un llamado a la honradez intelectual.

2. No se puede ser sabio en todo. Se requiere una prudente sub-especialización que lleva a que uno maneje con *más propiedad* unos temas que otros.

Mujer de 64 años con antecedente de Histerectomía abdominal total por leiomiomas. A los 8 meses del postoperatorio comienza a presentar dolor vaginal leve. A la inspección con espéculo se observa pequeña masa en cúpula y se decide tomar biopsia. Se lleva al laboratorio de patología, y se diagnostica como GRANULOMA DE CUPULA VAGINAL. 2 meses después la paciente vuelve con la misma molestia, se extrae la masa y nuevamente es llevada a patología. En esta ocasión se diagnostica GRANULOMA REPRODUCIDO DE CUPULA VAGINAL. Como la paciente continúa con sus molestias, el médico decide enviar la 3ª biopsia a otro laboratorio de patología. Al patólogo en esta institución de entrada le llamó la atención la historia y decidió hacer múltiples cortes y procesar todo el material. Al microscopio le llamó la atención la atipia celular en células fusiformes y algunas mitosis. La consultó a una institución y se llegó al diagnóstico de LEIOMIOSARCOMA DE BAJO GRADO EN CUPULA VAGINAL. Este caso enseña entre otras cosas que las biopsias y los especímenes se deben ver con algo de "misterio" y siempre pensando en las consecuencias de que se "pase" un diagnóstico.

Mujer de 26 años en control de post-parto se encontró masa polipoide en vagina. Se extirpó y se llevó al laboratorio de patología. La biopsia mostró células atípicas con núcleos bizarros. Luego de estudiar la biopsia, al patólogo le pareció que reunía las características morfológicas de un RABDOMIOSARCOMA DE VAGINA y así lo diagnosticó. Este diagnóstico produjo una reacción de desconcierto en todo el departamento de ginecología de la institución. Fueron al servicio de Patología a pedir que se reconsiderara este diagnóstico pues el tratamiento era bastante radical. Fue así como se decidió poner en Junta este caso, que ya estudiado por todo el equipo se vio que correspondía a un PÓLIPO PSEUDOSARCOMATOSO DE VAGINA, lesión reactiva benigna con apariencia maligna. Este caso nos enseñó la conveniencia de poner todos los medios para asegurarnos en un diagnóstico de este tipo.

Mujer de 92 años con lesión pigmentaria en cara. Consulta en su ciudad natal (provincia) y le toman biopsia que envían al patólogo de la ciudad. Luego de estudiarla concluye que se trata de un MELANOMA MALIGNO INCOMPLETAMENTE RESECADO. La seriedad de este diagnóstico le lleva al médico tratante a sugerirle que lleven a la paciente a la capital. Allí es llevada al especialista que decide tomar nueva biopsia. Con el antecedente, el patólogo decide ponerlo en junta y consultar a un dermatopatólogo y concluyen que se trata de un NEVUS MELANOCITICO, entidad completamente benigna. 4 años más tarde (la paciente tiene ya 96 años) la paciente presenta otra pequeña lesión pigmentaria y el familiar, con la experiencia pasada, decide ir directamente al especialista "paseando" todos los resultados de las patologías anteriores, recordando el error diagnóstico de que fue objeto la paciente. Una vez firmado un resultado erróneo, hemos comprometido nuestro prestigio y, en ocasiones, la salud del paciente. Por fortuna a veces se pueden evitar daños mayores a los pacientes cuando éste decide consultar otro concepto, lo cual es frecuente en diagnósticos de cierta entidad.

3. Dar a conocer los errores que todos tenemos. Sirve para que todos aprendamos e intentemos no caer en esos mismos errores.
4. Promover la investigación: se aprende mucho cuando se revisan casos o se hacen estudio prospectivos.
5. Un nuevo desafío es conocer y profundizar en los principios de la bioética. Como se ve, estos principios no sólo defienden la integridad del paciente sino también la del profesional.

B. La anatomía patológica de intervenciones quirúrgicas éticamente cuestionadas

La implicación bioética del patólogo en estos procedimientos es muy remota. Nos llegan al laboratorio productos de ligadura de trompas, vasectomía, especímenes de aborto "terapéutico", apéndices cecales sanos... Se ha de manifestar el desacuerdo con estos procedimientos y son una magnífica oportunidad para entablar diálogo con los colegas para ir profundizando en las connotaciones bioéticas. Aquí sólo cabe la cooperación material. En este sentido el papel del patólogo en los comités de bioética y en los "comités de tejidos" puede ser relevante.

Una situación particular se presenta en la patología clínica cuando se realizan exámenes de laboratorio prequirúrgicos para estos procedimientos. Puede ser útil, en el caso de procedimientos mutilantes anticonceptivos, hacer ver las consecuencias que se derivarán de tal procedimiento. La experiencia es que las pacientes están polarizadas y les falta una visión de conjunto. Me parece que hay derecho a este modo de proceder al considerar que se es parte de un grupo médico de atención al paciente. Se entiende que en casos de exámenes prequirúrgicos para un aborto no se debe cooperar. Lo ideal es, no obstante que estos principios bioéticos penetren en toda la práctica de la medicina de tal manera que esa visión global se la de a la paciente el médico tratante y que el mismo se cuestione a la luz de los principios de beneficencia, no maleficencia y respeto a la vida humana, si un determinado procedimiento será o no benéfico para una paciente determinada *considerada integralmente como un ser humano no sólo como una estructura bioquímica.*

Es conocido que la patología tanto anatómica como clínica centraliza el control de calidad de la medicina. En este resurgir de las consideraciones bioéticas de la medicina es una de las especialidades llamada a liderar la humanización de la medicina y por tanto, para que su papel sea integral debe agregar esa sana vigilancia del cumplimiento de los principios bioéticos en la medicina.

Es previsible que en el futuro se tenderá a poner cada vez más cuidado a estos principios. "El siguiente siglo será ético o no será". También es muy conocida entre los pensadores de la empresa la reflexión de que en la actualidad las empresas exitosas son las que tienen y manejan la información; en el futuro lo serán las que, además, cuiden la ética. La dignidad del hombre se abre paso entre unos prodigiosos avances técnicos en los que se pensó se iba a encontrar la felicidad y que han producido un enorme desengaño: nuestro siglo pasará a la historia como uno de los más sangrientos. Cientos de millones de hombres muertos "eficazmente" por una técnica deshumanizada. Ya nadie cuestiona la necesidad de unos principios rectores que orienten el uso de esas técnicas, porque éstas deben orientarse al hombre a su bien y a su felicidad.

C. Control de calidad de la medicina basada en el manejo de la información

En esta era de la informática está tomando auge en la patología clínica el manejo de los sistemas de información. La potencia de los equipos y de los software ha hecho que pronto haya rebasado los límites del laboratorio. Así del LIS (Sistema de Información del Laboratorio) se pasa la HIS (Sistema Integrado Hospitalario).

Me voy a referir a una aplicación concreta de esta integración de la información que en algunos hospitales está en manos del patólogo clínico. Se han desarrollado aplicaciones de software que identifica incongruencias p.e.j. un paciente con un resultado de TSH diagnóstico de hipotiroidismo a quien no se le ha recetado la droga de suplencia correspondiente; o un diagnóstico de Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 en una Citología Cervical Vaginal sin que se le hayan practicado procedimientos complementarios (colposcopia, biopsia,...). Estos patólogos clínicos encuentran en su escritorio un número de tales incongruencias y las resuelve llamando al médico tratante (en plan de

trabajo en equipo) para que tome las oportunas medidas. En dichos hospitales se suele utilizar el e-mail para aclarar estas situaciones. Quizá el planteamiento bioético más importante sea la confidencialidad de la información y el manejo de los casos de mala praxis profesional.

PARTE II

CUESTIONES BIOÉTICAS DEL LABORATORIO CLÍNICO

A. Diagnóstico de enfermedades "estigmatizantes"

El diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH es una situación relativamente frecuente en patología clínica. Aquí es forzoso aclarar que el laboratorio clínico es manejado de distinta manera en las diferentes escuelas de medicina. En E.E.U.U. es una subespecialidad de la Patología, la llamada Patología Clínica. Esta subespecialidad ha demostrado ser de una gran utilidad en la medicina, al proporcionar médicos patólogos especializados en la ciencia del diagnóstico por exámenes de laboratorio. Así, una solicitud de exámenes de laboratorio se equipara a una interconsulta.

De este modo es frecuente que la información de los resultados positivos los haga el patólogo clínico, de acuerdo con el médico tratante, el cual se encarga de su posterior seguimiento. El patólogo clínico entra así a formar parte del equipo médico que trata al paciente. Al intercambiar impresiones con un colega de la otra escuela, me decía que la comunicación de tales resultados es exclusiva del médico tratante. Aquí se entrevisté la otra escuela, en donde el laboratorio es como una isla de las ciencias básicas, al que *exclusivamente* se consulta para obtener un dato, sin involucrarse más en la atención del paciente. Me parece que las dos posturas son válidas. Reconozco que soy de la primera escuela y estoy convencido de su eficacia.

1. Recuerdo una paciente que al comunicarle un resultado positivo para sífilis, como acto reflejo se levantó y dijo: "yo me separo". La paciente era culta, sabía para qué le habían pedido el examen; el médico tratante también le había comentado.

Durante mi entrenamiento, era frecuente que los colegas nos pidieran que comunicáramos tal resultado. Es un poco en la línea de pensar quién es el más apropiado para dar esa noticia.

2. Siempre comunicarse con el médico tratante y ponerse de acuerdo con él para decidir sobre la conveniencia de la comunicación y quién debe hacerla.
3. La noticia debe ser dada gradualmente, especialmente en VIH. Nos podemos basar en que generalmente esa primera aproximación diagnóstica por el laboratorio se hace con pruebas de tamizaje (p.e.j. ELISA, inhibición de la hemaglutinación, etc..) y por tanto NO ES 100% DEFINITIVA. Se requiere una prueba confirmatoria. El saber que hay una posibilidad de que no haya habido contagio "suaviza" un poco la dura realidad.

Los falsos positivos existen. He visto sólo uno, en el papá de una bacterióloga de uno de los laboratorios en que trabajé. Al hacer la prueba confirmatoria se descartó el contagio.

4. NUNCA se debe sacar un resultado *Reactivo o Positivo* con una sola muestra. Siempre se debe tomar una segunda muestra y hacerla *preferiblemente con otra técnica* (se puede aducir que "la muestra fue insuficiente" -lo cual es verdad-: con una sola muestra no pudimos llegar al diagnóstico). En los textos de patología clínica este principio se explica comparándolo a la navegación, en la cual se requieren varios puntos de referencia para situarse: así estos diagnósticos difíciles han de tener al menos 2 montajes.

Algunos laboratorios no siguen el principio de la confirmación de resultados por ahorro de costos, emitiendo resultados "porque así dieron". Como se entiende, las consecuencias pueden ser funestas si se descuida este principio.

Nuestra experiencia es que así el paciente se disguste en primera instancia, al saber que se le debe repetir el análisis, al final queda agradecido y palpa que al laboratorio le importa realmente su salud y quiere darle seguridad a él y al médico. Al intentar trabajar bien nos hemos ganado la confianza del paciente y del médico.

Un laboratorio, hace varios años, estrenaba un equipo para montaje de pruebas de VIH. Coincide esta situación con no tener reactivo de la técnica que utilizaban antes. Tuvieron un caso "REACTIVO", lo confirmaron con la misma técnica y nueva muestra, reproduciéndose el mismo resultado por lo que decidieron sacar este resultado. Ante la seriedad del diagnóstico el médico tratante decidió enviar a la paciente a otro laboratorio en donde el resultado fue "NO REACTIVO". Ante el desconcierto, se envió a un tercer laboratorio en donde también fue "NO REACTIVO". La paciente, llevando todos los resultados fue a reclamar al primer laboratorio, el cual tuvo que enviar las dos muestras a la Casa Matriz del equipo que estaban estrenando para que estudiaran este caso particular. Es un ejemplo de cómo, al introducir una nueva técnica se debe traslapar con la antigua técnica montando en las dos un número de muestras suficiente para convencerse de que la nueva técnica es igualmente confiable.

En una ciudad, hubo hace unos años algunos laboratorios "piratas" constituidos por una Toma de Muestras y una máquina de escribir. Luego de tomar la muestra, sin procesarla emitían un resultado "Normal". Esta increíble situación producía desastrosas consecuencias en casos de pacientes con SIDA, pues todos salían "NO REACTIVOS". Las autoridades locales tomaron medidas drásticas para combatir esta situación, incluyendo la de exigir una firma de un profesional debidamente registrada en Notaría. Un severo atropello que habla por sí solo de los extremos a los que se puede llegar cuando no hay unos principios bioéticos!

5. En las enfermedades de transmisión sexual conviene dejar abierta la posibilidad –porque es verdad– a que sean secuelas de la vida pasada lejana. Los pacientes tienden a "sacar conclusiones" con base en los resultados de laboratorio, como en el caso comentado anteriormente. Personalmente no estoy de acuerdo con "engañar" al paciente diciéndole que pudo haberse contaminado en un sanitario o en una piscina, porque sabemos que estas enfermedades no se transmiten así. No obstante, debemos tener en cuenta que en algunas infecciones virales (p.e.j. Virus del Papiloma Humano) está

descrita la transmisión por fomites y en otras infecciones como la *Gardnerella vaginalis* está discutida la transmisión sexual como única vía de contagio. Por principio no me gusta mentir, porque tarde o temprano, algún paciente descubre la falsedad del argumento. Además, hay pacientes que consultan libros, varios médicos, incluso he tenido pacientes que consultan revistas médicas para "documentarse". Las posibilidades de tal "documentación" se han ampliado con la generalización del uso del Internet. Por la enorme carga afectiva se debe extremar la prudencia en los dos sentidos: lo que se debe decir y lo que NO se debe decir. No es infrecuente encontrar pacientes que se hacen exámenes compulsivamente, especialmente quienes tienen sentimiento de culpa (algunos laboratoristas llaman a esta situación con el nombre poco elegante de "psicorrea": una enfermedad de transmisión sexual que está más en la mente que en el cuerpo del paciente).

En el diagnóstico de sífilis, es importante recordar que el FTA-ABS una vez positivo se mantiene así durante toda la vida como "cicatriz inmunológica". Por tanto, por sí solo NO es diagnóstico de sífilis. Se requiere la historia clínica y un resultado de VDRL. Por este motivo, en pacientes en quienes se ha diagnosticado esta entidad y han recibido tratamiento, se debe seguir sólo con VDRL hasta su negativización. NO SE DEBE REPETIR EL FTA-ABS. Para ayudarle al médico tratante en nuestro laboratorio agregamos unas NOTAS y OBSERVACIONES que recuerdan estos conceptos.

Recuerdo aquí a una colega que en estos casos, juzgaba precipitadamente que la inocente era la mujer y la estimulaba a que se separara de su marido. Era "feminista" a ultranza y veía en estos casos un atropello de la feminidad, aun en casos en los que no estaba tan clara la inocencia. Un nuevo llamado a la cordura y a movernos en los límites de lo que puede ser una consulta médica. Ese tipo de recomendaciones se salen completamente de la competencia médica.

6. La comunicación debe ser realizada por un médico, como hemos dicho, de acuerdo con el médico tratante. Mi experiencia ha sido positiva al ir involucrando a las bacteriólogas en las situaciones

bioéticas, porque van calando en la trascendencia de las pruebas que realizan. Al conocer los modos correctos de enfrentar situaciones bioéticas particulares son una ayuda invaluable para el patólogo clínico, son su "mano derecha". Además se enriquece mucho con sus puntos de vista y con las situaciones concretas que les toca enfrentar, a tal punto que considero que para el manejo bioético del laboratorio cuanto más bacteriólogas se involucren mejor. Pero situaciones como las que estamos tratando, me parece que en lo posible sea un médico. El paciente tiene derecho a ser atendido por profesionales de gran calidad técnica y humana que sean conscientes de las implicaciones de un determinado resultado positivo, de la conveniencia o no de comunicárselo, del modo prudente de hacerlo -recordemos aquí la prudencia no es sinónimo de no hacer nada. Nuestra experiencia ha sido positiva al comprobar que, al ofrecerle al paciente un ambiente de claridad y comprensión él se siente apoyado y consulta sus dudas e inquietudes. No nos parece bioética la actitud que se puede resumir en la frase: "Ud. salió REACTIVO, el problema es suyo". Como en toda la medicina, el laboratorio clínico es un equipo de trabajo. Tienen particular relevancia las bacteriólogas por su cercanía al paciente -como lo son las enfermeras en otras áreas clínicas-. Por eso, lograr en ellas una gran altura técnica y bioética potencia considerablemente la calidad del servicio prestado: una buena preparación científica unida a sólidos principios bioéticos y acompañada de esa ternura propia de su femineidad hacen de las bacteriólogas una invaluable ayuda en la medicina del laboratorio. Las bacteriólogas deben ver en el patólogo clínico, a su vez, un apoyo también para aquellas situaciones más complicadas de orden bioético. Aquí vemos un nuevo llamado al trabajo en equipo.

Para ilustrar esto, recordamos como una paciente embarazada fue enviada al laboratorio para exámenes de control rutinario. La paciente le pregunta a la bacterióloga que le está tomando la muestra: Dra. Para qué es la Serología? La bacterióloga responde: eso es para descartar sífilis. La paciente muy disgustada fue ese mismo día a donde su ginecólogo y le preguntó: Ud. es que piensa que soy una mujer pública? Ya se pueden imaginar en qué términos

fue la llamada del Ginecólogo en cuestión al laboratorio! Recordemos que una salida elegante es: "pregúntele eso a su médico" ó "su médico tratante es la persona mas autorizada para resolverle esas dudas". Si la paciente insiste y su laboratorio tiene la fortuna de contar con un patólogo clínico remítala a él.

7. También ayuda a hacer más llevadera la noticia el explicar con detalle que es muy distinto en VIH el contagio y la enfermedad. (aunque obviamente, sabemos que una cosa va detrás de otra).
8. Se les debe explicar que mientras se aclare su situación se debe abstener de mantener relaciones sexuales. Pienso que no debemos recomendar el uso de preservativos, porque sabemos que falla (para embarazo la falla es aproximadamente 10%, y para VIH se calcula alrededor del 30%) y no es razonable, bajo ningún punto de vista, exponer a sufrir un daño tan grave a otras personas. Más bien se debe instruir al paciente de estos riesgos. Es un llamado a reflexionar en el correcto uso de la sexualidad, una realidad hermosa, dádiva de Dios, participación en su acción creadora, que ha sufrido un maltrato inhumano y una vergonzosa comercialización. Por ser tan valiosa esta realidad, su corrupción se demuestra deletérea (la corrupción de lo óptimo es lo pésimo) con un gran daño a la integridad física y moral del hombre ("la naturaleza se venga"). Otra reflexión en este contexto es el maltrato que sufre la dignidad de la mujer, rebajada a un objeto, un medio de placer (recordemos aquí la reflexión de la dignidad del hombre y de la mujer hecha por Kant). *En el correcto uso de la sexualidad vemos la solución de fondo* de estas difíciles situaciones que se presentan y nó en el preservativo que es propuesta como la *gran* solución por algunos colegas que se mueven *sólo* en el ámbito de las soluciones *técnicas*. Hemos diagnosticado algo más de un centenar de casos de VIH "REACTIVOS": la gran mayoría corresponden a homosexuales, bisexuales y promiscuos. La minoría son transfusionales y hemofílicos. No tenemos ningún caso de accidente de trabajo.

B. Diagnóstico de embarazo en situación "no deseada"

Estas pacientes suelen acudir al laboratorio por propia iniciativa, especialmente menores de edad. Aquí también hay que hacer referencia a esas dos tendencias en el mundo del laboratorio clínico. En la patología clínica cada examen se acompaña de su historia clínica que producirá un impresión diagnóstica, p.e.j. "sospecha de embarazo en adolescente" "exámenes de ingreso a empresa". Por tanto un resultado positivo en estas circunstancias es un llamado al laboratorio a esmerarse en ofrecer una gran confiabilidad técnica. Cuando se trata de exámenes para ingreso a una empresa, puede servir pensar que en ese momento el laboratorio trabaja para la empresa contratante. Es conocida entre los laboratoristas la situación de la posible empleada embarazada o con sospecha alta de estarlo que lleva al laboratorio la orina de su marido. Esto lo obviamos fácilmente tomando una muestra de sangre. La reflexión de la discriminación de la maternidad en el mundo laboral se sale de los límites de esta conferencia, pero queda el interrogante de si son éticas tales discriminaciones.

Habría que aclarar que la información dada a los pacientes, o mejor la experiencia que tengo en estas situaciones se limita a laboratorios particulares y a pacientes que reclaman su resultado. Al recibirlo, como acto reflejo miran el resultado y proceden a la consulta. En casos más delicados, nosotros nos adelantamos a entregárselo y explicarle el alcance de un determinado resultado, o a insistirle que vaya cuanto antes a la consulta con su médico. Hay empresas que han tomado la decisión de que los resultados les sean enviados al servicio médico directamente. En estas circunstancias, los casos con resultados especiales son comunicados al director del servicio médico.

Como anécdota recuerdo que en las entrevistas a bacteriólogas para ingresar a trabajar les suelo preguntar cómo enfrentarían la situación imaginaria de una niña de 12 años que viene para una prueba de embarazo, que sale positiva. La niña pide hablar con la bacterióloga y pregunta: Dra. dónde me aconseja hacer el aborto? Mas de una, antes de contestar a la pregunta me dice: "Dr. esta situación se me ha presentado a mi varias veces"

En una oportunidad una empresa transportadora de petróleo contrató con un laboratorio pruebas de perfil de drogadicción. Al pare-

cer esta determinación se tomó luego de un accidente en alta mar en el cual se sospechó como posible causa problemas de drogadicción en la tripulación. El tamizaje se extendió también al personal de tierra. Las pruebas se hacían al azar y cuando salían positivas se confirmaban en un laboratorio de referencia. Los casos positivos los informábamos directamente al director del servicio médico de esa empresa. La empresa a su vez lo que hacía era hablar con el empleado e inscribirlo en un programa de rehabilitación, manejando con discreción la identidad de los que participaban en tales programas.

Estos resultados me parece que deben ser entregados personalmente. La experiencia nos ha mostrado que en estas circunstancias se recurre con frecuencia al aborto y por tanto es una oportunidad de orientar. Para esto me baso en que si han ido a mi laboratorio es como si me están haciendo una consulta, pero no sólo la futura madre sino también el "incómodo" nuevo ser. Hacerles ver que hay otras alternativas distintas al aborto. En mi opinión, un resultado de laboratorio de estas características no quedaría bien hecho sin este toque humano de un profesional que comprende la difícil situación, que rebasa con mucho lo meramente técnico.

El profesional que atiende a una adolescente embarazada debe enseñarle la importancia de ese nuevo ser que lleva, para que tome la decisión como mujer y como madre de respetarle su vida y motivarla a que comunique a sus familiares esa decisión y a que la mantenga aún ante la presión de la sociedad. Debe enseñarle los modos de salvar a su bebé incluyendo el caso de que no quiera criarlo. Ese nuevo ser puede obtener cariño de otras personas, que a su vez, lo necesitan.

C. Exámenes "Complementarios"

El patólogo clínico debe poder solicitar por su propia cuenta exámenes complementarios que juzgue convenientes. Este es otro de los principios de la patología clínica. Este principio es de una utilidad muy grande p.e.j. cuando se tiene un paciente con una creatinina muy alta y como acto reflejo –y sin que el médico tratante lo haya solicitado– se hace una medición de potasio como examen complementario de cortesía. Si el potasio está excesivamente

alto se pone en alerta al médico de un peligro que incluso puede amenazar la vida. Así hay un buen número de situaciones en que este principio es de gran utilidad. Se gana tiempo, se ahorran costos y, lo que es más importante, mejora la calidad de la atención al paciente. Para esto nos basamos en el consentimiento implícito del médico tratante y en el principio del cuidado de la vida humana en situaciones de riesgo

Los cuestionamientos bioéticos se presentan cuando juzgamos que se deben practicar exámenes complementarios de VIH o VDRL. Esto se puede presentar en pacientes a quienes se les ha solicitado una batería de exámenes de laboratorio, de entre los cuales hay una pista que sugiere esa posibilidad. En mi entrenamiento tuve varios casos en los cuales el equipo de trabajo los resolvió hablando con el médico tratante, sugiriendo tal posibilidad y haciendo la prueba complementaria de común acuerdo. La tendencia actual, no obstante se ha ido inclinando a que no se debe practicar ningún examen de estas características (especialmente VIH) sin conocimiento y aprobación del paciente. En España por ejemplo no se puede hacer ningún examen de este tipo sin el consentimiento informado del paciente. Qué pasaría entonces si el paciente con alto riesgo de tener un SIDA se niega a hacerse los exámenes diagnósticos? Habría que emplear mecanismos para salvar la responsabilidad de la institución de que se trate, pero el problema en el fondo sigue vigente. Nuestra competencia llegaría hasta poner en alerta al médico tratante de esa posibilidad, para que le comente del modo más oportuno a su paciente. A lo sumo, de común acuerdo, el patólogo clínico puede ser el que informe al paciente de esta posibilidad y busque tal aprobación.

Paciente joven, hijo de un colega acude para exámenes de laboratorio para estudiar una baja de peso. Entre estos exámenes hay una Serología (VDRL), cuyo resultado es reactivo 1:64. Es conocido que resultados de VDRL altamente reactivos se asocian a VIH. Hablamos con el colega, papá del paciente y decidimos hacer un VIH complementario, el cual también fue "REACTIVO".

Mujer de 23 años en 3 meses de post-parto con antecedente de Púrpura Trombocitopénica que vino al laboratorio para exámenes orientados a aclarar un síndrome febril y pérdida de peso. Los exámenes estaban orientados a una posible entidad infecciosa. Al aten-

der la paciente y realizar la historia hay un antecedente de transfusión de varias unidades de plaquetas al final del embarazo por empeoramiento de la trombocitopenia. Ante los resultados negativos para infecciones bacterianas nos pareció prudente descartar un VIH. Llamamos al médico tratante y de común acuerdo le hicimos el examen que resultó "REACTIVO".

En estos dos casos se pidió el consentimiento al médico tratante pero no al paciente. Ya hemos dicho que la tendencia actual es a solicitar el consentimiento del paciente.

Cuando haya que sugerirle a un paciente la posibilidad de practicar un examen de estos nos parece más conveniente enmarcarlo en un ámbito más amplio: "rutinariamente hacemos estos exámenes complementarios" o algo parecido.

D. Diagnóstico de la enfermedad prenatal

En el laboratorio clínico manejamos especialmente el diagnóstico de las enfermedades prenatales (TORCH) y algunos indicadores de malformaciones congénitas. En el diagnóstico de una infección prenatal se debe tener muy en cuenta:

1. La sensibilidad y especificidad de las pruebas. Las inmunoglobulinas IgG contra el agente infeccioso son en general menos específicas para infecciones recientes. No permiten distinguir una infección reciente de una secuela inmunológica ó de una protección inmunológica.
2. Los anticuerpos IgM, aunque son más específicos de infección reciente, no están exentos de dificultades técnicas como son p.e.j. la reacción cruzada con otras inmunoglobulinas como el factor reumatoideo. En el Citomegalovirus se han descrito reacciones cruzadas con otros virus, al igual que con el grupo HERPES. Conocer estas limitaciones es parte de la ciencia del laboratorio clínico.

En un laboratorio reportábamos los resultados de RUBÉOLA anticuerpos IgG como "POSITIVO". Ante nuestra sorpresa algunos

colegas interpretaban que la paciente tenía en la actualidad la enfermedad sin acordarse (o ignorando) que los anticuerpos IgG en esta entidad y en muchas otras pueden permanecer altas después de haberla padecido en la niñez o después de vacunación. Así se daba la paradoja de que a una paciente con anticuerpos protectores para la Rubéola se le llegaba incluso a aconsejarle el aborto. La ignorancia en un profesional de la salud es no solo "atrevida" como dice el conocido refrán sino altamente peligrosa. En ese laboratorio decidimos quitar la palabra "POSITIVO" del reporte y dejar sólo los índices numéricos y los valores de referencia. Un ejemplo que nos pone sobre aviso en la necesidad de trabajar en grupo y en la importancia de la educación continuada.

3. NO HACER DIAGNÓSTICO CON UNA SOLA MUESTRA. Ya lo hemos comentado: es importante ser conscientes de las implicaciones de este diagnóstico.
4. Tener presente la historia clínica: síntomas, antecedente de contactos, vacunas, etc.
5. Conocer los resultados de otros estudios practicados como p.e.j. la ecografía.
6. Estos casos pienso que se deben resolver considerando pacientes tanto a la madre como al no-nacido. En estos casos, la experiencia nos ha mostrado que con demasiada frecuencia tanto el médico tratante como otras personas recomiendan el aborto. Considero que debemos adelantarnos ofreciendo alternativas distintas. Obviamente que hay que extremar la prudencia en el modo de comunicar. Recordar la gama tan amplia del compromiso en la toxoplasmosis, la posibilidad de tratamiento, el tiempo de gestación en el que ocurre la infección, el resultado de la ecografía, etc.

Mujer de 25 años primigestante. En los exámenes de control se encontró un examen de Toxoplasma IgG moderadamente alto, por lo que se sugirió practicar medición de anticuerpo IgM. Este fue positivo. La paciente era hija de un colega y tenía estudios universi-

tarios. Al comunicarle el resultado le hablé de que esta enfermedad tiene tratamiento y la alerté sobre el posible consejo que le harían de recurrir al aborto. El colega decidió llevar a su hija a otro país para el tratamiento. Allí como le había anunciado le sugirieron practicar el aborto, pero la paciente decidió seguir adelante con el embarazo y tomar el tratamiento con sulfas. El niño nació bien sin secuelas aparentes de infección. Este y otros niños en los que hemos podido intervenir y que lograron "saltarse" la sentencia de muerte de algunos colegas son un argumento vivo de la verdad de estos planteamientos y un estímulo para continuar trabajando. Lograr salvar una de estas criaturas justifica cualquier esfuerzo. Hay centenares de estos diminutos pacientes (con toda la dignidad de una persona humana) esperando tener la fortuna de encontrarse con médicos íntegros. Tal como están las cosas, encontrar esa integridad en "su" médico es, en estos casos, literalmente, asunto de vida o muerte. Es de esperar que a medida que se difunda más el Principio del Respeto a la vida humana, estos dolorosos casos sean cada vez menos frecuentes.

Mi experiencia en diagnóstico genético de enfermedad es muy limitada por lo que paso a otros campos.

E. Espermograma y espermocultivo

El espermograma se suele solicitar como examen rutinario de una pareja en estudio de infertilidad. Por ese mismo contexto y por la poca información que suele recibir el paciente, suele haber una cierta prevención ante este examen. La última edición del texto de Laboratorio Clínico del Dr. Henry (cfr. HENRY, John Bernard, *Clinical diagnosis and management by laboratory methods*. XIX edition, p. 510) ya incorpora esta dificultad y habla de respetar los convencimientos del paciente. Esto es un signo muy positivo del aumento de la sensibilidad a los planteamientos bioéticos. En este caso recurrimos al uso de colectores especiales; la prueba se obtiene mediante una relación sexual. Luego de la eyaculación el colector y la muestra se colocan en un recipiente adecuado y se lleva lo antes posible al laboratorio a temperatura corporal. El colector tiene una pequeñísima perforación que deja escapar una cantidad insignificante de semen, de tal modo que no se comporta como un preserva-

tivo, el cual tiene serios inconvenientes bioéticos (cfr. SGRECCIA, Manual de bioética, 1996 pag. 409). Este método tiene una amplia aceptación entre los estudiosos de estos temas bioéticos.

La experiencia con el método del colector ha sido halagüeña: cuando la profesional encargada da las instrucciones, con frecuencia los pacientes manifiestan el cambio de trato respecto de otros laboratorios y la incomodidad que les produce este examen. Cuando asiste el paciente con su señora, es frecuente que ésta manifieste tranquilidad y satisfacción al conocer que hay un modo correcto de realizar el examen. La situación que viven estas parejas tiene una cierta tensión. En el hombre, a veces se observa una resistencia a descartar una posible infertilidad suya. Me parece que en este punto tocamos la concepción de "hombria" que tenga el paciente, su autopercepción como varón. Considera nuestro paciente que la fertilidad es parte de su hombría? Una vez conocida su infertilidad considera nuestro paciente que su vida afectiva cambia? Como vemos este examen toca aspectos centrales de la persona. Todas estas reflexiones nos han llevado a tomar una decisión para abordar este examen: ser exquisitamente delicados, nivelando por arriba, considerando de entrada que cada paciente tiene una gran altura humana, moral y espiritual. Los resultados han sido muy halagüeños. Hacemos un pequeño inciso: si el paciente no tiene esa altura humana, moral y espiritual, potencialmente la puede tener y esto explica lo de "nivelar por arriba".

En uno de los laboratorios clínicos de mi entrenamiento, en el cual no tenían mayores condiciones bioéticas, resolvían el asunto quitándole importancia a la recolección por masturbación y haciendo broma de la situación: "vaya al baño y vuelva a la adolescencia" era el argumento más usado por uno de los colegas. Después de oír esto, uno de los pacientes le respondió: "Olvídense, Doctor: Usted me respeta!" Dejó el recipiente y se fue muy disgustado del laboratorio. Nuevamente la dignidad humana abriéndose paso...

Es frecuente que a estos pacientes se les haga este examen varias veces. Nos enteramos, por tanto, de las instrucciones que reciben

en otros laboratorios. Así es como hemos conocido que en algunos laboratorios tienen un cuarto "especial" con afiches pornográficos para "facilitar" la recolección de la muestra. Esto es nivelar por abajo y un claro atentado a la dignidad de la mujer. Al conocer estos abusos en mi grupo de trabajo hubo una profunda desaprobación especialmente por las profesionales mujeres. Una de ellas afirmaba: "denotan una baja calidad humana y ética ante el paciente; deja ver la poca categoría profesional del laboratorio"

El espermograma en pacientes solteros presenta una dificultad particular. Generalmente se solicita en historia clínica de varicocele o en orquitis asociada a parotiditis. En los textos se habla de electroeyaculación sin orgasmo como un posible medio. No tengo experiencia en esta técnica pero tengo conocimiento de que ya hay grupos trabajando con esta técnica empleándola en pacientes parapléjicos. De este modo se informa al paciente que no hay un método bioético aceptable para la obtención del semen, pues la masturbación presenta graves inconvenientes bioéticos y morales (cfr. SGRECCIA, E. *Manual de bioética*, Editorial Diana 1996, pag. 308 y 409). Varios pacientes llegan instruidos por el médico remitente con este último método. Hay algunos pacientes que hacen caso omiso de las razones aducidas y proceden a la obtención de la muestra que se estudia rutinariamente.

Hay un planteamiento interesante en estas circunstancias y es el de reflexionar sobre la necesidad de este examen. Qué es mejor para el paciente, el conocimiento de su estado ó el beneficio de la duda? Qué consecuencias puede traer para un paciente joven soltero el saber que es estéril, desde el punto de vista de su vida afectiva? En el caso del varicocele, es más una necesidad del médico tratante o del paciente? Qué pasará en su relación amorosa si su novia sabe que Ud. no puede tener hijos? Se le hace un bien a un paciente que no viva su sexualidad con madurez y con responsabilidad si sabe que es estéril? En este último caso, no facilitaría aún más su desenfreno? etc.. Mi grupo de trabajo ha optado por dar toda esta información y ayudar a que se haga esas reflexiones para que decida del modo mas instruido posible y por tanto del modo mas responsable. La mayoría deciden no hacérselo y esperar al curso natural de un matrimonio y la dificultad real de una posible infertilidad. Entre otras cosas porque con el matrimonio se puede hacer una prueba "funcional" de su semen al lograr un embarazo. Obviamente que deben procurar hacerse el tratamiento recomendado en caso p.e.j. de varicocele.

También he tenido casos de pacientes que les ha parecido "prudente" consultar a su novia. En este caso lo obligó a hacerse el examen!

Tuvimos un caso de un paciente que llegó muy prevenido a hacerse el examen y antes de registrarse pidió hablar con el Patólogo. Era casado y por tanto las dificultades eran menores. Al tranquilizarse le dije algo así que nosotros respetamos los convencimientos de los pacientes, porque veo por esa prevención que ud. es católico, a lo cual me contestó que no lo era pero que por su religión veía que en conciencia no podía hacerse ese examen por masturbación.

Me interesa consignar la opinión de un profesor de bioética según la cual está de acuerdo con el planteamiento en pacientes solteros porque la esterilidad no es una enfermedad y que cabría si no hay una razón médica, no acudir al examen y dar el beneficio de la duda, pero parece no muy deontológico ocultar al paciente las posibles complicaciones que puede tener sin enfermedad. De hecho la esterilidad no invalida un matrimonio, pero un error de conocimiento por parte de la novia podría invalidarlo. Si uno tiene cierta conciencia de esa posibilidad debe comunicarlo a su pareja futura. Se invalidaría el matrimonio en caso de que la mujer considere que de haber conocido la esterilidad de su esposo no se habría casado.

El espermocultivo tiene otro contexto porque va en la línea de las enfermedades de transmisión sexual. No nos ha ido bien con el colector porque la muestra se contamina. Se practica la prueba de los 3 vasos para ayudar a identificar el origen de la infección. Si tiene además un examen de líquido prostático y en la prueba de los 3 vasos hay sospecha de que la infección es a nivel prostático, esperamos el resultado del cultivo del líquido prostático. Si este es positivo se le sugiere al colega que trate esta infección y postergue el otro examen para después del tratamiento. Muchas veces desaparecen los síntomas con este tratamiento. Cuando definitivamente hay que practicarlo otra alternativa es cultivar líquido prostático y seminal mediante masaje de las dos estructuras anatómicas y se reporta como "cultivo de líquido seminal".

- La objeción "técnica" es que no se explora vías genitales internas mas proximales. Continuamos estudiando alternativas y vemos la importancia de intercambiar experiencias con otros grupos de trabajo.

La falta de manejo ético en muchas de estas situaciones son debidas a la ignorancia: muchos profesionales de la salud desconocen los más elementales principios bioéticos, por la sencilla razón de que nadie se los ha enseñado. En la medida en que estos principios empapen la formación universitaria, por la fuerza de verdad que tienen, se irán solucionando los abusos y graves atentados de que, a veces, son objeto los pacientes.

Antes de terminar queremos consignar que ha sido muy satisfactorio ver cómo nuestros pacientes "bioéticamente implicados" vuelven a solicitar nuestros servicios al encontrar no sólo técnicos en laboratorio sino además profesionales que se esfuerzan por ser éticos y humanos.

Termino recordando una conversación sostenida con la Vice-Rectora de una Universidad muy conocida en la ciudad que tiene facultad de Bacteriología, en la que hablábamos de la necesidad de formar en principios de bioética a las futuras bacteriólogas. Recordábamos que en el momento presente nos puede venir muy bien la frase de Gandhi: "No me preocupa tanto la maldad de los malos como la indiferencia de los buenos".