

con mucho rebasan los terrenos en los que nos movemos; y eso es lo que produce cierto enfrentamiento y desilusión, el pensar: "Pues no que tan bueno... no que tantos aparatos... y demás. Mira no pudieron hacer nada ante esto..."

Esto es lo que nos frustra y al enfermo todavía más. Entonces, tal vez cuando lleguemos a un momento de propiciarle un mejor estatus biológico, y el mismo ser humano recupere muchos motivos de felicidad, habremos llegado a cumplir con esa meta. Mientras tanto, reconforta que el tiempo de respuesta a muchas cuestiones médicas se haya abatido de una manera sin precedente en la historia de la humanidad. (Transcripción BR y GM)

**Julio Sotelo Morales .Médico Cirujano por la UNAM (1970), especializado con estudios de posgrado en Neuroinmunología (1978-79) en la Universidad de Londres y en Neurovirología (1980-81) en los Institutos Nacionales de Salud de E.U.A. Es autor de 46 capítulos en libros y en 163 publicaciones internacionales; tutor de 22 tesis de licenciatura, especialidad, maestría y doctorado; profesor de pregrado y posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Es miembro de la Academia Nacional de Medicina, de la Academia Mexicana de Ciencias y de la Academia Mexicana de Derechos Humanos. Expresidente de la Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría (1987-88), Investigador Titular C de los Institutos Nacionales de Salud de México, e Investigador Nacional, nivel III, del SNI. Actualmente es Director General del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.*

El paciente niño

Entrevista con

Adalberto González Astiazarán*

En un país como México, donde la pirámide de población es particularmente amplia en las cotas de menor edad, se hace relevante conocer aspectos de la práctica médica en relación con el niño, en virtud de las peculiaridades que reviste este perfil, tanto en lo legal, como en la aproximación y comprensión del vínculo médico-paciente, como lo ilustra esta doble reflexión, desde la perspectiva de la pediatría y de la neurología.



Cómo aproximarse al niño

Los niños, aun sin la experiencia del lenguaje, tienen mucha capacidad de

comunicación, y con frecuencia se cae en un prejuicio que niega esta realidad. La comunicación existe desde antes del desarrollo del lenguaje verbal. Entonces, es fácil llegar al niño si uno sabe acercarse a él, si uno sabe explorarlo, si uno sabe darle su lugar.

Se puede lograr, así, una identificación extraordinaria con el paciente infantil. Llama la atención, en particular, su transparencia, contrastante en extremo con las barreras de los adultos, quienes difícilmente aceptan que —en contraste con los niños—, mienten de manera constante. De los niños se aprende que, desde muy temprana edad, tienen capacidad de respuesta, y capacidad para mostrar su aceptación o su rechazo.

En la rutina de trabajo, cuando inicio una consulta y el niño tiene capacidad de expresión verbal, siempre empiezo hablando con él antes que con los padres. Formulo cuestionamientos que me den información. El hecho que le haga tres o cuatro preguntas generales ¿En qué escuela estás?, ¿Cómo se llama tu maestra?, ¿Qué tal te va?, ¿Qué te gusta? Me permite evaluar muchas cosas; a la vez, le estoy dando el lugar de la persona que toma la consulta. Con ello evaluo su calidad de recepción del lenguaje, su calidad de análisis, su comportamiento y su calidad de expresión verbal.

En una breve entrevista, busco calificar su margen de atención y, al mismo tiempo, establecer una relación que el niño identifique como propia. La gnosología de un niño que ha sido bien abordada y que tiene la inteligencia para responder, es muy grata. La gnosología es todo el orden de informes que obtenemos en el interrogatorio para poder establecer una relación. Entonces los interrogatorios son muy ricos: “¿Te duele la cabeza? ¿Cómo te duele?” Cuando hago preguntas de cómo te duele, doy ejemplos: “¿Te duele como si te picara?, ¿cómo si te pesara?”.

Hay ocasiones en que el niño es muy ansioso, inseguro, e irritable, y la información se limita obviamente. La principal causa son las experiencias médicas previas de ese niño y la actitud de los papás. “Doctor por favor no le explore porque va llorar, es que está muy nervioso, es que le tiene miedo a las inyecciones”. Y lo van induciendo a que tenga cierto patrón de comportamiento. En esta situación no es infrecuente que logre resolver el reto que me representan, no el niño, sino los padres de ese niño durante esa consulta. Si hay un tiempo de acercamiento y de trato a la persona que es el niño, con frecuencia logro obtener lo que quiero de él.

Para los niños menores de doce años esta fórmula no es tan aplicable; aún así, el explorar a los niños en brazos de los padres, antes de llevármelos a la mesa de exploración, permite un acercamiento gradual, y que el niño se relaje. Hay que invadir sus espacios con el mismo cuidado que con un adulto.

Si usted llega a una consulta y antes de las buenas tardes le están revisando la espalda, se va a sentir invadido en cierta forma. Entonces sí, tanto la entrevista como la exploración son muy trabajables. Para mí lo esencial es que el niño tenga su espacio, su lugar, que sea bien tratado, que haya atenciones directas con él y que aprovechemos muchas acciones que se pueden llevar a cabo y que nos dan información de diferentes áreas.

En el proceso de exploración, sucede igual. El niño mayor de dos años que puede cooperar y recibe instrucciones claras, las puede reproducir; siempre y cuando yo haya hecho lo necesario para caerle bien a ese niño; lo que implica seamos buenos compañeros durante la consulta.

Con frecuencia tengo el recurso de los juguetes. Sirven para que se relaje, y también me da información su patrón de juego, su coordinación, su atención, su estructura. La expresión de juego libre del niño expresa mucha información. Ya después viene la

parte más laboriosa de la consulta, que es con los papás.

El explorar a los niños en brazos de los padres, antes de llevármelo la mesa de exploración permite un acercamiento gradual, y que el niño se relaje. Hay que

invadir sus espacios con el mismo cuidado que con un adulto.

No todo paciente tiene que salir con una receta en las manos, en muchas ocasiones llegar al diagnóstico es la acción final de esa consulta y ésta es una acción exitosa. Así que el no otorgar una receta farmacológica al paciente

no quiere decir que fue fallida la intervención médica.

Interrogar a los padres, confirmar la información.

En el proceso, tanto con el paciente como entre los familiares sabemos que se ejerce uno de los elementos del diagnóstico médico: el interrogatorio; sin embargo, una de sus limitantes es la subjetividad. Conviene entonces, hacer un interrogatorio con un objetivo claro, sin perder de vista la utilidad de la pregunta; porque al final, el niño nos puede mentir, y los padres también.

Cuando hablo de mentir no hablo de la acción intencionada de ocultar algo, necesariamente; sino que mi percepción, como la de todo mundo, es limitada. Este interrogatorio de ambas partes, saber si se tiene información suficientemente confiable para sustentarlo, y —en ocasiones— escuchar a una tercera o cuarta versión de esta historia, puede ser útil; o, bien, puede también aumentar el número de contradicciones. ¿A qué me refiero? A hablar con la maestra de la escuela, con la nana, con la psicóloga que maneja la terapia.

Todos tendemos a hacer conclusiones casi en cualquier momento. A todos nos han enseñado a decir qué está bonito y qué está feo, pero pocas veces nos han enseñado a decir qué nos gusta o qué no.

Mi función es no aceptar juicios preestablecidos, no prejuizar. Tengo que evaluar a través de preguntas indirectas las evidencias, digamos, como su patrón de juego. No voy a decir: "Este niño es hiperquinético", porque partiríamos, como primer punto de una conclusión final. Por ello, el interrogatorio es una herramienta indispensable para la práctica médica. Se debe interrogar con una posición objetiva.

Las conclusiones vienen al final, pero no deben hacerse preguntas que impongan ya un juicio. Hay muchas condiciones en medicina y en neurología cuyos datos esenciales para el diagnóstico son producto del interrogatorio. Todavía hay muchas enfermedades que no tienen una marca bioquímica definitiva. Ejemplo claro, el autismo. Donde no hay exámenes claros de laboratorio o de gabinete que pueda solicitar. No es afirmar que alguien tiene síndrome de Down, para el que pido un examen y si se encuentra un cromosoma de más, existe. No importa si parece o no síndrome de Down, no importa si el paciente es grande o chico, gordo o flaco. Si existe el rasgo distintivo característico del síndrome, esto es suficiente para establecer el diagnóstico.

Pero hay muchos otros que son resultado de la suma de circunstancias que es un diagnóstico por aproximación, con la cual —al sumar criterios— obtenemos los datos para establecer el diagnóstico final, y esto hace que el interrogatorio sea una herramienta muy importante.

Después viene el proceso de explorar. Pero insisto, el interrogatorio es muy importante. Así, el trastorno mental, el autismo, el trastorno en el

aprendizaje, solamente a través de reunir evidencias y sumando cada una de ellas se obtiene un producto final. Por el otro lado, tenemos una serie de diagnósticos que requieren forzosamente de un examen complementario, un ejemplo de ello es la cisticercosis.

La cisticercosis es una condición anormal de infección del parásito en el cerebro, que da una cantidad de síntomas muy heterogéneos. Alguien con cisticercosis puede tener convulsiones, puede tener dolor de cabeza, hidrocefalia, problemas visuales, y la forma importante de documentar tal presencia es a través de estudios de imagen de ciertas pruebas de laboratorio. Así, vamos trabajando nuestra práctica en esta gama de enfermedades uniformes, monosintomáticas; muy predecibles en sus síntomas y en sus formas de diagnosticarse. De ahí, pasamos a una zona de transición en donde no son tan precisos los padecimientos, pero son más o menos subjetivos; y llegamos al otro extremo, a una enfermedad que produce muchos colores diferentes.

Con este panorama, debemos trabajar y tener siempre —al término de la entrevista inicial, que incluye interrogatorio y exploración—, una hipótesis de trabajo: pienso que lo que tiene este paciente es una migraña, una migraña con aura o sin aura, por esto y por la suma de estas cosas.

Tras formular esa hipótesis, el siguiente paso es decidir si requiero o no, para sustentarla, exámenes complementarios o no. No todo paciente debe salir con una solicitud de exámenes. Y también debo establecer si requiere o no establecer un tratamiento farmacológico o quirúrgico —en su caso.

No todo paciente tiene que salir con una receta en las manos, en muchas ocasiones llegar al diagnóstico es la acción final de esa consulta y ésta es una acción exitosa. Así que el no otorgar una receta farmacológica al paciente no quiere decir que fue fallida la intervención médica.

La dinámica de trabajo de una consulta médica es esto, esencialmente. Y empezamos considerando el modelo como si fuera una consulta de primera ocasión, en la cual se establece ese diagnóstico y después vienen decisiones de seguimiento. Es necesario continuar el seguimiento de ese paciente, no lo es; es necesario intervenir oncológicamente, o es un tratamiento corto, o es un tratamiento prolongado o es un tratamiento de duración no definible. Si diagnosticamos que alguien tiene diabetes, pongo el ejemplo, no es obligación recetar fármacos, puede ser que una dieta sea más que suficiente. Básicamente esto es lo que tenemos que hacer y ésta es la práctica.

El paciente pediátrico

Vuelvo a la pediatría. Entre las particularidades que hay en la pediatría está el carácter cambiante del organismo. Los adultos queremos conservar lo que nos tocó tener; y una vez que se completa nuestro proceso de desarrollo lo mejor que nos puede pasar es que nos quedemos igual. Si algo cambia es hacia abajo.

Mientras, el niño está desarrollándose. Lo que es normal para calificar o diagnosticar a un niño como sano neurológicamente a los seis meses, ya no sirve a los doce meses. El niño tiene que multiplicar sus características para seguir siendo un niño sano; si está en primero de primaria para que tenga diez en lo académico debe tener una serie de características que ya no le sirven en segundo o en tercer año. Este proceso dinámico nos hace ser mucho más evolutivos en nuestra apreciación y en nuestra capacidad de calificar las características que observamos, y tener muy presente la edad del paciente para saber qué le vamos a pedir.

Nadie se preocupa de un niño que tiene seis meses de edad y que no camina. Esto es otra condición propia de la pediatría, que es la medicina del desarrollo, de la

adquisición de habilidades del organismo cambiante para estar normal, y esto también implica entender tal criterio a la hora de concluir resultados.

Esta imagen, esta habilidad para ser y actuar de acuerdo a su edad, junto con el cómo va a evolucionar el infante al paso del tiempo, hace que tengamos muchas más posibilidades de tratamiento en el terreno de la neurología. El número de enfermedades que pueden producir infartos cerebrales en el niño son mucho más grandes de las que existen en el adulto.

Se habla de demencia, que se da también en la edad pediátrica, sus causas son infinitamente mayores en los niños, en contraste con las de los adultos, y esto nos obliga a tener más consideraciones cuando evaluamos al paciente.

Sin caer en posiciones chauvinistas, pienso que cada consulta médica debe de ser una práctica del método científico. Primero voy a cuestionar por qué viene la persona que está entrando al consultorio. ¿Cuál es su objetivo de acudir conmigo? No siempre ese objetivo puede ser médicamente más importante. Y en el curso del interrogatorio pueden surgir otras cosas que no haya detectado la persona o no le importe. A través del interrogatorio y de la exploración se puede llegar a conclusiones que a veces son suficientes; pero a veces se requieren exámenes auxiliares para llegar a una conclusión final.

Información suficiente

Para los exámenes auxiliares de diagnóstico ya sean de laboratorio o de gabinete siempre hablo con los pacientes. Si mando a hacer un electrocardiograma o un estudio cualquiera, siempre explico el por qué. ¿Cuál es la razón del estudio y cuáles son mis expectativas de ese estudio?

Trato de no caer en el “tengo que hacérselo porque no se lo ha hecho”. Debe haber una respuesta bien concreta.

En nuestra área, con frecuencia, utilizamos dos estudios: el estudio de imagen, de neuroimagen, y el electroencefalograma. Son dos estudios que desde el punto de vista teórico tienen funciones diferentes. El electroencefalograma es un estudio por definición funcional, nos va enseñar el orden, nos va enseñar la organización medida a través de recursos eléctricos del trabajo cerebral. La tomografía es un estudio de imagen, y por lo tanto es un estudio de estructura. No siempre van de la mano los dos. Podemos tener un electroencefalograma normal, sin la mínima alteración de estructura, y podemos tener también errores estructurales que no generen deformaciones en el trabajo del electroencefalograma.

Entonces es fundamental trabajar este concepto: qué le estamos pidiendo a cualquier estudio. Debemos llegar a los exámenes con una hipótesis de trabajo, que no necesariamente va a ser cierta, pues obviamente nuestro ejercicio es limitado y es falible; pero nos da un marco de dónde se va a instalar.

Si se piden exámenes sin un objetivo definido se cae en dos cosas: en el dispendio de recursos, y la segunda, en el encontrarnos con resultados difíciles de integrar, con alteraciones que no tiene conexión con el motivo de consulta y ya no sabemos a quién hacerle caso, a los síntomas del paciente o al examen. Y si no hay una estructura médica en cuanto al manejo de esta información vamos a generar pavor; el tercer inconveniente que vamos a considerar es el estrés del paciente y de la familia al ser examinados.

La comunicación

En cuestiones neurológicas con los niños el trabajo con los papás complica mucho. Hay una cuestión social resistente. Para empezar, el asistir con un neurólogo pediatra ya es una condición que inquieta. Es más fácil que los padres acudan con el dermatólogo, o con el neumólogo, que con el neurólogo. Se genera cierto estrés y cierto temor ante esta situación.

Del mismo modo, podríamos dividir los problemas en simples, neurológicos serios, evidentes y de niños con problemas que generan dificultades, pero no son muy graves; niños con trastornos de tensión, niños con migrañas, con encefaleas frecuentes, pero no producto de lesiones o condiciones anatómicas o médicas graves.

Como observación de mi práctica, les puedo decir que los papás más angustiados, con mucha frecuencia, son los papás con niños menos complejos, que padecen enfermedades menos riesgosas: con problemas de

tensión, de conducta o migrañas. Ellos son mucho más inoperantes que los padres de niños con Down.

Pienso que influye muchísimo la experiencia vital que uno tiene. Cada vez que estamos en posibilidad de ser padres, queremos un hijo completo, funcional, que satisfaga sus expectativas y las nuestras. Así que enfrentarnos con el problema de que nuestro hijo no está bien, genera estrés. En la práctica cotidiana, encontramos padres ansiosos, muy resistentes para consultar a un neurólogo.

El problema de comunicación —y su resolución o no— es un problema muy importante que —tanto en lo individual, en la práctica directa, como en lo institucional—, genera un porcentaje importante de la relación médico-paciente.

En ocasiones, el paciente no sabe expresarse o no logra entender; en ocasiones los familiares o los médicos, igualmente, no logramos explicar o hacernos entender. Entonces, conviene siempre tener presente que una fuente de mucho desgaste en el ejercicio de la medicina son los problemas de comunicación insuficiente. Ésa es una línea que nunca deberá dejarse de lado, y es parte fundamental en la capacitación de nuestros médicos.

Los médicos no siempre tenemos la explicación definitiva de los problemas, porque la medicina no es una ciencia exacta. Hay muchas cosas que no son absolutas, y hay muchas circunstancias, en las cuales, a pesar de estudiar todo lo que exista, la conclusión final puede ser que no sabemos por qué tiene lo que tiene el paciente.

Es muy importante decir para qué vamos a pedir el tratamiento. Lo estamos usando para que no le duela la cabeza, para que se muera el parásito, por ejemplo, y una vez que ofrezcamos esa información, en mi práctica, invariablemente hablo del riesgo o efecto

Ésta es una limitante real en el ejercicio de la medicina y hay que enfrentarla con honestidad y sencillez, no tenemos por qué responder todas las preguntas porque no hay respuestas, y es en ese momento cuando podemos sentirnos tan inteligentes como los sabios, cuando llegamos a un punto donde no hay explicación. Y si esto está bien planteado, bien trabajado, y bien estudiado, usualmente lo asumen bien el paciente y su familia, y el médico que trabaja el caso en cuestión.

El tratamiento

Ése es el primer punto en cuanto a diagnóstico, pues a todos nos importa saber

qué,nos está pasando cuando algo no está bien.El segundo,es por qué lo tenemos y padecemos;y nuevamente hay ocasiones en que la identificación es inmediata y absoluta,y en ocasiones no podemos determinar lo que sucede.Y por último,qué vamos a hacer. Hay tratamientos en los que es indispensable conocer la causa,y hay tratamientos en los que no es tan importante conocer la causa.

Y aquí,cuando hablamos de un tratamiento sintomático,un tratamiento que corrija la causa de la enfermedad,es indispensable contrastar el tratamiento etiológico del sintomático.

Entonces,cuando hablamos de tratamientos etiológicos o causales,es fundamental saber por qué tenemos lo que tenemos;y cuando hablamos de tratamientos sintomáticos no es tan importante conocerla causa.Nuevamente hemos llegado a otro momento de necesidad de información:qué es lo que vamos a hacer,en qué consiste,y qué es lo que estamos pidiendo al tratamiento:que modifique una o varias cosas.Mas debe quedar claro en el planteamiento.

No voy a dar antibiótico hasta que no sepa si es una bacteria la que causa la enfermedad;no voy a dar quimioterapia hasta que documente que es cáncer lo que padece —y si es cáncer,necesito saber de qué tipo de cáncer se trata para determinar el tipo de quimioterapia por aplicar.

Muchas veces los médicos caemos en el error de asumir cosas;en la rutina de trabajo es tan obvio recetar un aspirina para el dolor de cuerpo y para que el malestar y dolor de cabeza se vayan pronto,que capaz que no lo explico.Y mi paciente no tiene obligación de adivinarme el pensamiento.

Ahí empezamos a tener una fuente de posibles fricciones.Es muy importante decir para qué vamos a pedir el tratamiento.Lo estamos usando para que no le duela la cabeza,para que se muera el parásito,por ejemplo,y una vez que ofrezcamos esa información, en mi práctica,invariablemente hablo del riesgo o efecto.Desde una aspirina hasta una quimioterapia, todo tiene riesgo o efecto,y deben plantearse muy bien el riesgo o el efecto:es importante decir que cualquier acción tiene sus riesgos en medicina.

Si buscamos una mayor transparencia en la información,hay un paciente y una familia más capacitada para conducir el tratamiento.Ésta es la parte importante de la información.En cambio,quien soslaye esto,para no introducir un problema adicional, actúa de manera equivocada.

En muchas ocasiones los padres se inquietan y se sorprenden cuando les hablamos de problemas,riesgos y posibles consecuencias,porque es obvio que nos gustaría que no hubiera ninguno.Pero no es propio de la práctica médica ofrecer resultados absolutos.No tenemos botones de prendido y apagado.Y hay ocasiones en que el riesgo,o la característica del efecto colateral puede ser suficiente para que el paciente asuma la decisión de no tomar el tratamiento,porque no quiere asumir el riesgo.

También hay que analizar los pros y contras de entrar o no a un tratamiento.Y esto es parte de la información de la terapéutica que tiene que ser considerada.Llega a suceder que se biomedique a alguien con un antibiótico que está perfectamente indicado; que es el correcto para la infección que tiene el paciente;y que ese paciente tenga una reacción severa, que ponga en riesgo su vida.Ocurre en un bajo porcentaje de casos,pero ocurre:es parte del trabajo de rutina.Por ello,todas estas acciones son importantes:la información,la comunicación y el análisis de una serie de decisiones.

El tiempo

Muchas veces podemos ejercer la medicina con una limitante en tiempo o en especificidad de algunas cuestiones.No necesariamente requerimos cinco horas;pero debemos ser claros para abordar los puntos esenciales de una información precisa que permita ubicar al paciente y a sus familiares.

Si la información no se da en una calidad suficiente, genera frustraciones cuando el resultado es adverso, y puede ser una fuente de numerosas dificultades en la relación médico-paciente,y médico-familia posterior a un evento adverso,de cualquier índole.

El arte médico

El arte médico es una de las facetas de la medicina.

El ejercicio de la medicina exige capacitación técnica,capacitación cognitiva,en la cual debe tenerse un acervo de información correcto y actualizado para tener conocimiento de los diagnósticos,de los requisitos de diagnóstico,de las opciones de tratamiento y de las características de tratamiento

Poder pronosticar qué va a pasar con una enfermedad o con un tratamiento,requiere un acervo de información.Ése es el aspecto cognitivo del arte médico, de la medicina,el aspecto muy cuantificable,muy objetivizable:adquirir información y saber utilizarla en su momento.Pero el ser erudito no quiere decir que se sea buen médico.

Porque puedo ser un genio de la información médica,pero si no tengo la aproximación a los pacientes,si a toda esta información precisa,no puedo aplicarla,traducirla,estaría fallando en el ejercicio del arte.

Ejercer una buena entrevista,una buena exploración,después una buena explicación de lo que se va a hacer,mis resultados médicos van a ser deficientes.

Es muy importante tener en cuenta que uno de los elementos fundamentales de la terapéutica médica es la confianza.Hay muchas cosas que se mejoran más con confianza que con cualquier otra cosa,partiendo de que un alto porcentaje de los problemas de salud que tenemos o son autolimitables o son incurables,y lo que tenemos que buscar es la mejor calidad de vida frente a esa realidad.

No necesariamente evitar la enfermedad es el éxito del ejercicio médico.Si la diferencia entre éxito y fracaso en la práctica médica es curar la enfermedad,pues todos los médicos que se dedican a tratar enfermos con hipertensión arterial,a discapacitados,o a enfermos con diabetes serían unos fracasados en este concepto.

Los problemas de calidad de vida se resuelven de forma totalmente diferente si se aplican las acciones y los tiempos correctos a una persona con discapacidad,con diabetes,o a una innumerable cantidad de enfermedades de por vida —que son incorregibles.Aplicada,la medicina cambia el nivel de calidad de su realidad.

Y es ahí donde está el arte,en la esfera afectiva,en lo que es la capacidad de comunicación,la capacidad de sensibilidad,la capacidad de asumirse en las necesidades que el paciente tiene y buscar la forma de resolverlas,de ayudarlas o de mejorarlas.(Entrevista de BR y JGB)

*Adalberto González Astiazarán.Neurólogo Pediatra.Pediatra egresado del Instituto Nacional de Pediatría.Neurólogo egresado del Instituto Nacional de Neurología.Fundador de la Clínica de Epilepsia del Instituto Nacional de Pediatría en 1986.Jefe del servicio de Neurología (1989-1996).Miembro de la Comisión

Internacional de Epilepsia en niños, de la American Academy of Technology, de la Sociedad Norteamericana de Neurología Pediátrica, y de la Academia Mexicana de Neurología. Ha publicado sobre temas de epilepsia, tanto de diagnóstico como fármacos, evaluación de fármacos, y cisticercosis.

Voces Conamed

El Decreto de Creación de la CONAMED menciona entre sus atribuciones “brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones”; así como “recibir e investigar y atender las quejas que presenten los usuarios” de estos servicios; y “recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios en relación con las quejas planteadas”, a fin de buscar una composición amigable. ¿Qué significan éstos términos? ¿Qué ocurre en estas circunstancias? Voces Conamed expone un caso, en espera que sirva para dar cumplimiento a estos objetivos.

Caso

Daño alegado: Laceración de la aorta abdominal y de la vena lumbar derecha.

Especialidad: Ginecología

Padecimiento: Quistes ováricos, más tumoración uterina.

Método utilizado: Laparoscopia diagnóstica

Compromiso arbitral

Las partes firmaron compromiso arbitral cuyo objeto consistió en determinar si la atención brindada a la paciente fue adecuada o si, en su caso, se incumplieron las obligaciones del profesional en la realización de la laparoscopia, pues se produjo laceración de la aorta abdominal y de la vena lumbar derecha.

Resumen clínico

El caso lo plantea una paciente de 26 años de edad, con antecedentes gineco-obstétricos de menarca a los 12 años de edad, con frecuencia de 25 a 28 por 7 días. Inició vida sexual activa a los 26 años, con terapia anticonceptiva. Antecedente de dos intervenciones quirúrgicas de ovario, la última del tipo de la ooforectomía izquierda, hacía 4 años. Acude con el médico ginecólogo refiriendo que desde hacía algunos meses presentaba aumento del número de días de sangrado menstrual, con dismenorrea, que en ocasiones la obliga al reposo en cama. Además, solicitó se le indicara medicación anticonceptiva.

Al examen físico general se le encontró con TA de 120/80, frecuencia cardíaca de 80 por minuto, en abdomen se encontró cicatriz quirúrgica antigua suprapúbica, sin otras anormalidades. La exploración ginecológica no se pudo llevar a cabo en esa primera consulta debido a que estaba menstruando.

La exploración ginecológica mostró genitales externos de nulípara, vagina normal, cervix normal; a la palpación bimanual, se aprecia ausencia de anexo izquierdo, crecimiento de anexo derecho de 4 a 5 cm. de diámetro, de consistencia dura, irregular, no dolorosa, ni desplazable.

Por lo anterior, se le solicitó ultrasonografía pélvica que reportó útero en anteversión de forma normal, midiendo 93x 62 x 36 mm., de contornos regulares y parénquima homogéneo. Los ecos de la cavidad son lineales. El ovario derecho mide 55 x 51

mm.De contornos irregulares y patrón ecográfico interno poliquístico.Ausencia de anexo izquierdo.

Como el ultrasonido no identificó la masa palpable derecha,por el antecedente de dos intervenciones quirúrgicas previas,y por la pérdida antes descrita,y ya que la paciente desea una futura vida reproductiva,se le indica la conveniencia de efectuar laparoscopia exploratoria que establezca un diagnóstico de certeza.

El médico menciona que explicó la conveniencia del estudio y sus riesgos,tanto a la paciente como a su madre.Aceptaron y suscribieron carta de consentimiento bajo información.(Véase cuadro I).

Hoja de consentimiento bajo información firmada por la quejosa a su ingreso al hospital.

1.-Consiento a que se me administre sangre o derivados y/o tales medicamentos,tratamientos y terapia que se considere necesarios a juicio del médico de cabecera o asociado o asistentes designados.También he sido informado que existen otros riesgos,tales como pérdida de sangre,infección,paro cardiaco,etc.asociados a la práctica de cualquier procedimiento quirúrgico.Comprendo que la práctica de medicina y cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha garantizado ni asegurado nada en relación con los resultados de la(s)arriba mencionada(s)operación(es),tratamiento(s)o procedimiento(s).

2.-Se me ha explicado que durante el curso de una operación,condiciones imprevistas pudieran presentarse necesitando extensión del procedimiento(s)original o distinto procedimiento(s)del especificado en el párrafo 1.Yo,por consiguiente,autorizo y solicito que el arriba mencionado cirujano,asociado y/o asistentes realicen los procedimientos quirúrgicos que consideren necesarios y aconsejables en ejercicio de su juicio profesional. La autoridad otorgada bajo este párrafo es extensiva al tratamiento de cualquier condición que requiera tratamiento y sea desconocida al médico tratante al tiempo de iniciarse la operación.

3.-Consiento a la administración de anestesia general,regional o local a ser aplicada por o bajo la dirección de,un anestesiólogo.Asimismo consiento a la administración de anestesia local por o bajo la dirección del cirujano.

4.-Consiento al uso de drogas anestésicas según se considere aconsejable.

Ambas partes convinieron la fecha de la laparoscopia.Los exámenes de laboratorio previos al estudio fueron normales.El día acordado,se inicia anestesia general.Posteriormente se efectúa incisión quirúrgica de 1.5 cm.;en el borde inferior de la cicatriz umbilical,se introduce aguja de Verres con válvula de seguridad,se insufla CO2.La presión intra-abdominal marca 14 mmHg.Posterior a la introducción del laparoscopio,se aprecian gran cantidad de adherencias rígidas,lo cual dificulta el estudio;se observa ausencia de ovario izquierdo;se observa mioma en cuerno derecho de aproximadamente 5 cm.de diámetro.

Al movilizar una adherencia rígida,se aprecia sangrado importante,por lo que se decide retirar laparoscopio y efectuar incisión suprapúbica.Se llega hasta cavidad abdominal sin poderse identificar sitio del sangrado,por lo que se efectúa laparotomía mayor, con incisión media,supra e infraumbilical.

Habían transcurrido 25 minutos de operación.Ya en cavidad abdominal,se aprecia hemoperitoneo de alrededor de 500 a 700 ml.,cuyo origen es de retroperitoneo a nivel aorta abdominal por encima de su bifurcación.El cirujano comprime manualmente la aorta para evitar el sangrado,y solicita la presencia inmediata del

cirujano vascular, que se presentó a los 30 minutos.

Éste encuentra laceración de aorta terminal por arriba de su bifurcación, a la altura de L3-L4, realiza reparación en dos planos de una lesión de aproximadamente 4 cm. Lesión sangrante de vena lumbar derecha, la cual se ligó con seda 3 ceros. Se encontraron múltiples adherencias, firmes y laxas. Se cierra por planos y se colocó catéter para presión venosa central y línea arterial para monitorización, lográndose su estabilización hemodinámica con la administración de sangre, soluciones y medicamentos inotrópicos.

Posterior a la cirugía, los médicos tratantes decidieron el traslado de la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos de otro hospital, dado que en el hospital donde se encontraban no se cuenta con dicho servicio.

En el mencionado servicio, la paciente tiene TA de 128/71, frecuencia cardíaca de 82 por minuto y saturación de oxígeno de 99%. Es tratada con ventilación asistida, medidas antiedema cerebral, control metabólico de la acidosis, y evoluciona satisfactoriamente. Presentó movimientos mioclónicos en miembro pélvico derecho.

A los dos días de la intervención, la paciente se encuentra en mejores condiciones generales y se traslada al área de cuidados intermedios. Al continuar su buena evolución, se decide traslado a su cuarto y egresa por mejoría cinco días después, tras siete días de estancia en el hospital.

La paciente es valorada como externa unos días después por el médico tratante, que retira puntos de sutura y no encuentra ninguna anomalía.

La paciente acude por su voluntad a que le efectúen estudios de mapeo cerebral y electroencefalograma que se interpretan por psicólogas como estudios anormales por lesión de arteria cerebral anterior.

La paciente evoluciona adecuadamente.

Puntos de controversia

Ha de resolverse respecto de las siguientes cuestiones:

I.-A solicitud de la quejosa, determinar si existió deficiencia en la realización del estudio de laparoscopia con laceración de aorta abdominal y vena lumbar por parte del facultativo. Solicita reparación económica aduciendo daños a su patrimonio originados por los gastos causados por la atención de sus complicaciones.

II.-Por su parte, el médico manifiesta que no hubo deficiencia en la atención integral de la paciente, ya que se hizo de acuerdo a lo establecido con la técnica médica; por lo tanto, exige el pago de sus honorarios no cubiertos y no sufragar los gastos médicos que se le requieren.

Valoración del comportamiento médico

En términos del artículo 34 de la Ley Reglamentaria del Artículo 5 ° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal y 9 ° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y vistos los argumentos de las partes es necesario evaluar:

A).-Si el médico procedió conforme a los principios aplicables al caso generalmente aceptados dentro de la profesión médica.

B).-Si dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron

emplearse —atendiendo a las circunstancias del caso —,y el cuidado en que se prestó el servicio.

C).-Si en el curso del servicio prestado se tomaron todas las medidas indicadas,para obtener éxito.

D).-Si se dedicó el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio que se convino.

E).-En términos del segundo precepto,si la atención médica se realizó de acuerdo con los principios de la práctica médica.

Evaluación

A).-Por los datos expuestos en el Resumen clínico, se comprende que el prestador del servicio recomendara efectuar un estudio especializado,así que la indicación de la laparoscopia diagnóstica era adecuada.

En ese orden,la práctica médica imponía al médico las siguientes obligaciones:

1).-Emitir,previo interrogatorio y exploración física,la historia clínica .Esto se cumplió por el facultativo,según se acreditó mediante la propia historia.

2).-Establecer un diagnóstico presuncional e instaurar el tratamiento correspondiente.El facultativo cumplió con dicha exigencia.Al efecto se transcribe: "Impresión diagnóstica hiperyomenorea de origen a determinar.Tratamiento:Minulet.Regresar en 10-15 días para exploración ginecológica ".

En igual sentido,en nota de evolución —12 días antes de la operación —,se realiza exploración genital donde se encuentra crecimiento a expensas de anexo derecho,por lo que indica el ultrasonido en ese mismo momento.Al no ser posible identificar la masa tumoral,sugiere a la paciente estudio laparoscópico,programándola en los términos mencionados.

3).-Ponderar adecuadamente la evidencia clínica

para ordenar la laparoscopia.La masa tumoral de-
tectada clínicamente obligaba a ese estudio,a fin de
precisar el diagnóstico y descartar algún mal mayor.

4).-Obtener consentimiento bajo información.-La carta de consentimiento bajo información fue emitida correctamente y en términos razonables.

5).-Adoptar todas las medidas a su alcance para realizar el estudio en condiciones de máxima seguridad,protegiendo la salud de la paciente .Esto fue cumplido.

6).-Solicitar la intervención de personal calificado en caso necesario.Lo cual también realizó.

7).-Emitir los reportes médicos.En la especie,el facultativo también cumplió con esta obligación acreditándolo con la documentación médica exhibida.

B.-)El médico requirió y dispuso de los instrumentos y estudios preoperatorios que el caso ameritaba. Inició el estudio bajo anestesia general,observando las abundantes adherencias —resultado de las cirugías previas —,el mioma en cuerno derecho y el ovario con quistes.Cuando el facultativo observó la complicación debida al

desprendimiento de las adherencias ;de inmediato efectúa laparotomía supra e infraumbilical y efectúa compresión manual sobre la aorta abdominal y la vena cava,junto con la aplicación de líquidos parenterales,soluciones coloides y sangre;impide paro cardiorrespiratorio,y permite que el angiólogo identifique el sitio del sangrado y repare la laceración,sin mayores complicaciones .Al decidir el traslado de la paciente a un hospital con Unidad de Cuidados Intensivos,permite,al manifestar su mejoría,egrese en buenas condiciones de recuperación .

La decisión de efectuar laparoscopia fue adecuada; permitió un diagnóstico preciso de la condición física del aparato ginecológico (tumoración uterina, adherencias tubo-ováricas).La histerosalpingografía hubiera podido ayudar,pero no daría respuesta precisa en relación a los procesos adherenciales;el ultrasonido tampoco puede dar un diagnóstico a este respecto y,más aún,no reportó el mioma uterino.

C.-)La actuación del médico tratante fue adecuada ante la presencia de una complicación transquirúrgica:estableció las medidas terapéuticas,aplicó los principios y técnicas que el caso ameritaba,reconocidos por la medicina,y solicitó el apoyo de un experto en cirugía vascular.

D.-)Dedicó el tiempo necesario para desempeñar el servicio convenido y cumplió con los principios que indica la profesión médica.

E.-)Las posibles alteraciones neurológicas calificadas como crisis tónico-clónicas,razonablemente pueden ser atribuidas a la transfusión recibida por la paciente,o por las alteraciones electrolíticas —del tipo de la hipocalcemia — secundarias al citrato que contiene la sangre.

Asimismo,debe señalarse,después de su egreso no quedó secuela neurológica alguna,ni existe daño neurológico irreversible.

Los especialistas argumentan que el mapeo cerebral no es un procedimiento confiable para definir un daño neurológico irreversible;y,por ende,se considera que hubo sobreinterpretación del estudio antes mencionado por personal no calificado para estas interpretaciones.De lo anterior se sigue que no pueden tenerse por demostradas las afirmaciones de la quejosa al pretender el pago de daños y perjuicios.

Síntesis

En resumen,el médico no es responsable en la complicación presentada durante el estudio de la laparoscopia diagnóstica,por lo tanto no hay lugar al reembolso solicitado por la quejosa.

El problema que se presentó tuvo su origen en una complicación hemorrágica secundaria a la movilización de adherencias causadas por las cirugías previas, y no por el uso de un endoscopio;además de que se resolvió con acierto el evento médico.

En tal virtud,no es justo,ni lícito obligar a un facultativo a responder por las condiciones previas de la paciente;sobre el particular,es imprescindible señalar en términos del artículo 1828 del Código Civil que nadie está obligado a responder por lo imposible.

En igual sentido,el artículo 2615 reconoce que un profesional sólo es responsable por negligencia,impericia o dolo.En la especie,no existió ninguna de estas hipótesis.

Por tanto,el facultativo sólo tenía con la paciente, en términos del artículo 2613 del Código Civil,una obligación de medios,no de resultados.(Ver cuadro II).En tal

virtud, tiene derecho al pago de honorarios insolutos a cargo de la quejosa. (BEATRIZ SOSA)

Código Civil para el Distrito Federal

ART.1828.-Es imposible el hecho que no puede existir porque es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización.

ART.2613.-Los profesores tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.

ART.2615.-El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la obesidad

Octavio Casa Madrid Mata *

Jorge González Barranco **

El día 7 de diciembre de 1998, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. A partir de esa fecha, la Secretaría de Salud abrió un espacio de consulta pública, por 60 días, a fin de obtener la opinión de la población en general. En virtud de la importancia del documento, Revista CONAMED glosa algunos de los aspectos fundamentales del proyecto, merced a la colaboración de dos de los integrantes de la

Comisión Redactora.

"La ciencia sólo es legítima cuando se pone al servicio del auge del hombre vivo".

GREGORIO MARAÑÓN

Antecedentes

Durante los últimos años, la atención médica de la obesidad se había constituido en un problema, no sólo de la atención médica, sino de salubridad general de la República y que amerita soluciones desde la perspectiva del derecho sanitario, en la medida que, por lo general, se ofrecen a la sociedad servicios de dudosa calidad, dirigidos a la satisfacción de inquietudes estéticas, a partir de supuestas soluciones médicas carentes de respald científico.

Destacan, entre los hechos cuestionables, los esquematizados en el cuadro I, que muestra un círculo vicioso, generador de múltiples problemas de salud.

En la medida que los usuarios han solicitado la aplicación indiscriminada de procedimientos que afectan la salud y diversos prestadores han tratado de satisfacer esta demanda —por móviles meramente económicos, soslayando las reglas y principios elementales del arte médico—, la cuestión derivó en un problema de grandes dimensiones.

La obesidad es una entidad patológica, una enfermedad crónica que produce múltiples complicaciones y que participa en prácticamente todas las enfermedades crónicas degenerativas. En México, por su frecuencia, se considera un problema de salud pública. Sin embargo, las apreciaciones simplistas y esquemáticas, a veces