

ISSN 0326 - 7474



experiencia médica

Volumen XIV - Nro. 1

Enero - Junio 1996

Publicación del Hospital Privado
Centro Médico de Córdoba S. A.

Naciones Unidas 346
Barrio Parque Vélez Sársfield
5016 Córdoba
Tel.: 688200 - Fax: 688272

Impresa en OFFSET NIS
La Rioja 2142-Tele/Fax:
806346/808885-5003 Córdoba

Registro Nacional de la
Propiedad Intelectual N° 12981

Se autoriza la reproducción,
Total o parcial, citando la fuente.

Editor Responsable

Dr. Domingo Babini

Comité Editor

Dr. Eduardo Cuestas

Dr. Roberto Madoery

Dr. Ricardo Yofre

Consejo de Redacción

Dra. Teresita de Alvarellos

Dr. Tomás Caeiro

Dra. Norma Canals de Cohen

Dr. Héctor Eynard

Dr. Juan José García

Dr. Joaquín Kohn

Dr. Pablo Massari

Dr. Gustavo Muiño

Número homenaje al Dr. Agustín G. Caeiro

Dedicado al mitin sobre "La Relación Médico-Paciente, en Condiciones Especiales", organizado por la Comisión de Bioética del Hospital.

Hospital Privado. 2 de Diciembre de 1995.

INDICE

- Dr. Agustín G. Caeiro: *IN MEMORIAM* 3
- EDITORIAL: La identidad institucional: ¿un valor evolutivo?
Dr. Tomás F. Caeiro 4
- Relación Médico-Paciente (RMP): Introducción a) Conceptos básicos sobre la RMP. b) Crisis de la RMP. Areas conflictivas: Motivo de la Convocatoria c) Metodología de trabajo de los talleres, el Mitin y la Publicación, *Dr. Roberto Madoery.* 6
- RMP en áreas de emergencias y cuidados intensivos,
Dr. Enrique Romero 9
- La beneficencia médica y la autonomía del paciente ¿Dos principios en pugna? *Dr. Tomás Caeiro* 12
- Brujo de la Tribu. Médico moderno. *Sra. Berta Gladstein de Klimovsky* 13
- El médico como fiduciario. *Dr. Roberto Madoery* 17
- La RMP en pediatría y adolescencia.
Dra. Lucy Yanicowsky, Dr. José Torres,
Lic. María T. Pomes, Lic. Laura Nores. 14
- La RMP en los enfermos terminales. *Dr. Emilio Palazzo, Dr. Javier de Arteaga, Dr. Marcos Amuchastegui, Lic. María del Carmen Neira y Padre Andrés de Toledo (Sacerdote)* 18
- Sobre la veracidad médica. *Dr. Roberto Madoery* 21
- La RMP en los pacientes con riesgo quirúrgico y/o instrumental.
a) Visión de un cirujano general. *Dr. Daniel Allende.* b) Visión de un cirujano cardiovascular. *Dr. Roque Córdoba.* c) Visión de un cirujano urólogo. *Dr. Sergio Metrebián.* d) Visión de un anestesiólogo. *Dr. Roberto Paganini.* e) Visión de un hemodinamista. *Dr. Emilio Crespo.* 22/24/25/27/29
- La RMP en los rotulados como pacientes difíciles. a) El paciente difícil. *Dr. Enrique Caeiro y Dr. Ricardo Pieckensteiner.* b) El médico como paciente. *Dr. Horacio López.* 31/33
- A modo de síntesis y reflexiones finales. *Dr. Agustín E. Caeiro, Dr. Emilio Crespo y Dr. Roberto Madoery* 34
- Reunión anátomo-clínica. Moderador: *Dr. Enrique Caeiro,* Encargada de la Revista. *Dra. Norma Canals.*
- Discute: *Dr. Daniel David.* 37/40

Información: Próximos eventos científicos.	41
Actividad docente del Hospital Privado.	42
Reglamento de Publicaciones.	44

Dr. Agustín G. Caeiro's Memory Issue, dedicated to the meeting on "The doctor-patient relationship in special situations", organized by the Bioethic Commission of the hospital Private Hospital. December 2, 1995.

CONTENT

Dr. Agustín G. Caeiro: <i>IN MEMORIAM</i>	3
EDITORIAL: The Institutional Identity. <i>Dr. Tomás F. Caeiro.</i>	4
Doctor-patient relationship (DPR): Introduction. a) Basic concepts. b) DPR crisis-conflictive areas-motive of the convocation. c) Work methodology. <i>Dr. Roberto Madoery</i>	6
DPR in emergency and critical care. <i>Dr. Enrique Romero</i>	9
Medical beneficence and patient autonomy. Two conflictive principles? <i>Dr. Tomás F. Caeiro</i>	12
The tribe witch-modern physician. <i>Dra. Berta Gladstein de Klimovsky</i>	13
The fiduciary physician. <i>Dr. Roberto Madoery</i>	17
Pediatric and adolescent DPR. <i>Dra. Lucy Yanicowski, Dr. José Torres, Lic. María T. Pomes, Lic. Laura Nores.</i>	14
DPR in terminal patients. <i>Dr. Emilio Palazzo, Dr. Javier De Arteaga, Dr. Marcos Amuchastegui, Lic. María del Carmen Neira, Father Andres de Toledo (Priest)</i>	18
About medical trustfulness. <i>Dr. Roberto Madoery</i>	21

DPR in patients with surgical or instrumental risk.a) General surgeon's vision. *Dr. Daniel Allende.* b) Cardiovascular surgeon's vision. *Dr. Roque Córdoba.* c) Urological surgeon's vision. *Dr. Sergio Metrebián.* d) Anesthesiologist's vision. *Dr. Roberto Paganini.* e) Hemodinamist's vision. *Dr. Emilio Crespo.*

22/24/25/27/29

DPR in difficult patients. a) The difficult patient. *Dr. Enrique Caeiro and Ricardo Pieckensteiner.* b) The physician as a patient. *Dr. Horacio López.*

31/33

A sort of synthesis and final reflexions.*Dr. Agustín E. Caeiro, Dr. Emilio Crespo, and Dr. Roberto Madoery.*

34

Anatomo-clinical meeting. Moderator: *Dr. Enrique Caeiro*
Incharge of the magazine: *Dra. Norma Canals*
Discussion: *Dr. Daniel David*

37/40

Information: coming scientific events.	41
Teaching activities of the Private Hospital.	42
Publications rules.	44



Dr. Agustín G. CAEIRO IN MEMORIAM 1097 - 1990

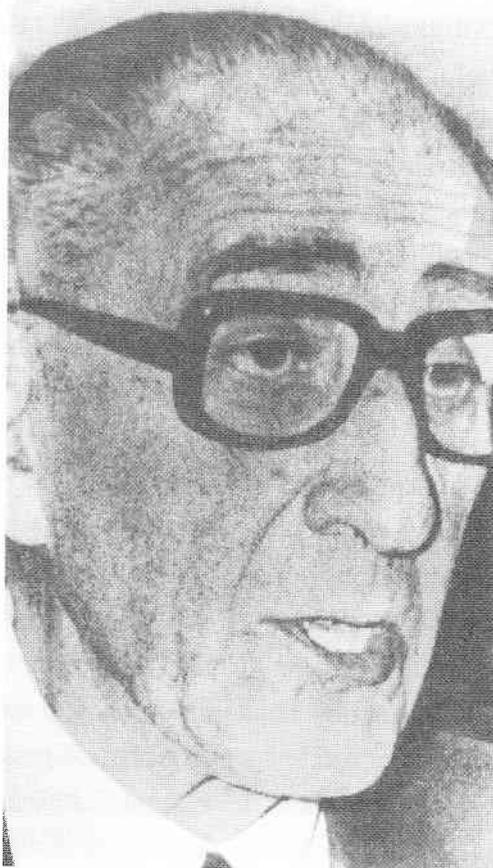
Son muchas las razones para recordar a Don Agustín. La primera es la memoria de su entrañable presencia en nuestro quehacer diario. Nos sentíamos seguros; sabíamos que él tenía toda la carga de amor, experiencia, sabiduría y generosidad que necesitábamos para llevar adelante nuestra empresa. Perteneció a una generación de luchadores para quienes la ética, la ciencia, la solidaridad y sobre todo la libertad eran pilares ineludibles para cualquier construcción.

Tuvo grandes maestros pero es con el doctor Oscar Orías con quien realizó la síntesis perfecta de su formación y fue uno de los exponentes más lúcidos y consagrados de su ideario. Esa generación produjo dos hechos

claves en la medicina de Córdoba: la fundación del Hospital Privado y la del Instituto de Investigaciones Médicas Mercedes y Martín Ferreyra. Medicina de alto nivel e investigaciones básicas, fueron y siguen siendo sus logros más importantes.

En la escuela fisiológica de Gumersindo Sayago quizás puedan rastrearse las inclinaciones hacia los aspectos sociales de la medicina. Esto dado en un cristiano auténtico que vivía según los principios fundamentales de su doctrina.

Fue un semiólogo perfecto. Su paso por la cátedra de Antonio Navarro y su colaboración en el libro de este maestro, son antecedentes que explican su refinamiento en la técnica de examen que en los últimos años de su vida solía contraponer risueñamente a métodos de



exploración más sofisticados. Entendió la docencia como una convivencia e intercambio de experiencias generacionales. Tenía una modestia auténtica que facilitaba el acercamiento de quienes buscaban en él consejo de toda índole. Hombre de gran cultura, su relación con los libros era apasionada. A pesar de las muchas influencias que en él se reconocen, puede decirse que en gran medida fue un autodidacto. Y que el repertorio de sus inclinaciones fue tan amplio como lo demanda la formación de un hombre culto. Tuvo un compromiso total con su época y con la realidad de su medio social. Actuó según sus más íntimas convicciones y siempre lo hizo con valor, inteligencia y ecuanimidad. Vivió ejemplarmente en

familia y nos dejó las instituciones, los principios y hasta la compañía de sus hijos y nietos con quienes compartimos la continuidad de su obra. Son muchas las razones para recordar a Don Agustín. Si descansamos en medio de la naturaleza siempre nos viene a la memoria algún instante vivido con él que tanto la amó. Si leemos algún libro siempre recordamos al interlocutor inapreciable que fue para el comentario y la discusión de su contenido. Y si abandonamos el Hospital por donde él solía hacerlo, cómo no esbozar una sonrisa tierna en memoria de esa compañía final de un día de trabajo cuando prolongábamos nuestra labor en ese diálogo postrero con Don Agustín.

Son muchas las razones para recordarlo.

LA IDENTIDAD INSTITUCIONAL: ¿un valor evolutivo?

Dicen que el bebé tiene la frente del padre, los ojos azules de la abuela, la perfecta nariz de la madre y el labio superior del bisabuelo. A todo esto él mira sin mirar, bosteza sin sueño y hasta sonríe sin razón expresándose con un puñado de reflejos arcaicos. Los neurólogos dicen que su cerebro ya tiene dentro de sí, en las proteínas del esqueleto de las neuronas, los códigos necesarios para crecer y progresar formando axones y centros y estableciendo conexiones sinápticas. Contribuirán con dichos códigos, el ambiente y la educación, la nutrición y el afecto de los padres para moldear su plástico cerebro como en un telar, con la urdimbre fijada por la genética y los hilos que la atraviesan ordenados por una fuerza misteriosa que los orienta y anuda combinando los colores como en una creación artística.

Se conoce tan poco del futuro del bebé, que cuando nace, el documento del Registro no lleva siquiera foto. Lo que será su apariencia, inteligencia, sociabilidad y debilidades son casi impredecibles. Develar la información de su código genético resulta difícil y hasta indiscreto y aunque se conociera ¿quién aseguraría cómo y cuándo se expresarían los genes como rasgos o caracteres? Parecería entonces que lo que llamamos **identidad**, aquello que nos hace únicos e iguales solo a nosotros mismos, no es una

condición fija sino evolutiva y por eso mismo difícil de definir.

Estos comentarios vienen al caso para utilizarlos como analogía. Nos informaron que los Directores de nuestro Hospital estaban en serias tratativas con otras dos instituciones polivalentes del medio para fusionarse y constituir una Sociedad Anónima con fines comerciales y médicos. La noticia me sacudió; una larga historia como la nuestra de Hospital cerrado y con una prolija estructura médico-administrativa, me parecía incompatible con la idea de la fusión con otras empresas; la sorpresa inicialmente me silenció, uno de mis colegas más rápido y racional que yo, sentenció “podría ser que nos fusionáramos pero a condición de que mantuviéramos **nuestra identidad**”. La idea de la identidad institucional me ha dado vueltas en la cabeza desde entonces y reconozco que aún no tengo resuelto su significado. He repasado estatutos, discursos fundacionales y reglamentos. Para mí ellos son nuestro “genoma institucional” al que a diferencia del humano, uno puede sondear en detalle porque su contenido está escrito en palabras y frases de significado conocido. Revisando éste, código genético, he encontrado genes de expresión plena, parcial o nula; de estos últimos, he visto varios cuya codificación encerraba utopías o expresiones de deseo

hasta ahora no materializadas y he descubierto también verdaderas operaciones de ingeniería genética voluntarias o no, que cambiaron o confundieron los códigos y a la larga también los resultados.

Sin embargo, estoy convencido que puedo identificar un núcleo de genes exitosos sobre los que actuaron fuerzas económicas, sociales o de organización, fáciles de reconocer en la historia del Hospital. Pero ¿qué ha quedado de todo esto? ¿cuáles son las huellas digitales de nuestra identidad? ¿el edificio?, ¿el jacarandá del jardín de atrás?, ¿el lapacho en flor del patio de Hemodiálisis?, ¿las puestas de sol desde la ventana de mi consultorio? Esto solo parece poco para una historia de 38 años. Si me esfuerzo puedo distinguir algo más: renovación periódica y democrática de las autoridades en una curiosa sociedad anónima con muchos accionistas médicos de parecido poder accionario; selección de los profesionales, casi todos de dedicación exclusiva, de entre los mejores; organización médico administrativa con servicios, departamentos y gerencias; esfuerzo por una práctica médica de calidad y bajo costo; énfasis en la docencia médica formativa y continua; compromiso con la ética profesional aunque más no sea para pensar en ella y libertad de pensamiento y disenso con adecuados escenarios de

discusión (aunque ellos a veces no se utilicen).

Esta es, en mi opinión, nuestra actual identidad institucional aunque la evolución pueda cambiarla; al fin y al cabo el jacarandá y el lapacho pueden secarse y una nueva edificación frente a mi ventana para siempre me privaría de las puestas de sol. De todos modos cada uno verá esta identidad a su manera asumiendo que ésta como los rasgos inciertos del bebé, puede con el tiempo cambiar.

Tomás Caeiro

RELACION MEDICO - PACIENTE (RMP)

Conceptos básicos

Dr. Roberto Madoery *

EL CARACTER

En el marco de las relaciones interhumanas se pueden diferenciar las objetivantes y las interpersonales.

En las primeras, una de las personas que la integran intenta convertir al otro en objeto ("lo necesita para algo"). A veces ambos mutuamente pretenden sacar beneficio uno de otro, ese beneficio puede ser contemplación o manipulación amorosa y aún odiosa, otras veces el objetivo es económico o el poder.

En las interpersonales, dos personas se conocen y se tratan como personas, cada una con su individualidad (dada). Si el amor es el fruto se denomina unidad diádica.

Cuando un enfermo busca (o lo envían) a determinado médico se establece una relación interhumana que no es de naturaleza sencilla ni se la comprende fácilmente. Es una relación de ayuda a una persona que viene en estado de enfermedad. No puede ni debe ser objetivante ("tengo un hígado..."). Tampoco puede ser pura y exclusivamente interpersonal. Para Laín Entralgo, es una relación de "consejo, educación y asistencia médica".

El Dr. Agustín Caeiro decía: "es el acto por el cual se realiza la conjunción de dos personas: el enfermo que necesita ayuda para la salud, y el médico, dotado de capacidad técnico-científica y vocación para ayudarlo".

Más recientemente se le ha tratado de atribuir al médico el carácter de fiduciario (ver más adelante).

LOS COMPONENTES. Es una relación que incluye tres componentes: emocional, integral y social.

a) Emocional: ocurre durante la relación un intercambio de esta naturaleza. El paciente transfiere al médico sus emociones y éste las suyas. El material del paciente está cargado de ansiedad y temores fundamentalmente. El médico contratransfiere al paciente su caudal emotivo movilizado a raíz de la consulta, en relación o no con el motivo de ella. Pueden haber identificaciones, temor a la muerte o aún al desprestigio por no poder quizás diagnos-

ticar y/o solucionar el problema (o problemas) del enfermo; también traducen sus penas o alegrías del día. La ecuanimidad emotiva debería ser la regla, no fácil siempre de cumplir.

b) Integral: el paciente no trae una víscera enferma ya que todo su ser lo está. El médico no debe centrar su atención sólo en la enfermedad, sino en la persona total del enfermo. Ambos son personas totales.

c) Social: ambos (M y P) tienen un entorno: provienen o se deben a un grupo social o humano. A veces son portavoces de los mismos; para el enfermo, el lugar de trabajo por ejemplo; para el médico, su entorno institucional.

LOS MOMENTOS. Existe un momento cognitivo, otro operativo, el afectivo y el ético.

a) Cognitivo: desde que se inicia (mente activa) la entrevista, la misma se convierte por parte del médico en un "tratar de conocer a" y "pensar en un diagnóstico como...", y del paciente (mente considerada hasta hace algunas décadas como pasiva, hoy no debe serlo ya que es un ser humano dotado de libertad), en "qué puedo padecer y qué trascendencia tendrá para mi vida" o "me podrá ayudar o no este médico?".

b) Operativo o corporal: lo constituyen las medidas que el médico aconseja o arbitra para el diagnóstico y tratamiento. El médico **accede al cuerpo enfermo**, para explorarlo, para examinarlo, para tratarlo. Puede ser un acceso incruento o cruento.

c) Afectivo: la relación adquiere (o no) un carácter afectivo paulatinamente, conforme a múltiples variables de los actores principales (sin excluir el tercer elemento: la familia y el entorno). Su trama personal y cualitativa es heterogénea.

d) Ético: el paciente quiere la salud ("no sólo para vivir, sino también para obrar"). El médico deberá tender a conseguir "lo que más convenga al paciente (en ese momento y allí). Impregna toda la relación. La moral médi-

* Médico del servicio de Cardiología del Hospital Privado.

ca es invariable, aunque la ética puede ser diferente en cristianos, ateos o musulmanes.

QUE MODELOS EXISTEN.

TIPOS DE RELACION. No hay recetas fijas, ya que habrá tantos tipos de relación como hombres existan.

Por muchos años y hasta hace dos o tres decenios, primó el **paternalismo**. Era un acto fiduciario casi total, inspirado en una actitud "filial" de parte del enfermo y "paternal" del médico, nacidas de la conjunción de una necesidad genuina de la persona (la de la relación hijo-padre, con sus realidades sagradas, humanas y simbólicas) y una cultura de delegación casi ciega, que no veía claro aún en cada persona el espacio de responsabilidad y de la decisión.

Con el reconocimiento de los derechos de los pacientes, emerge el concepto de **autonomía**. El paciente es parte activa de su curación.

Para algunos estudiosos en la materia, la autonomía, al menos en términos absolutos, no es el ideal como tipo de RMP y estipulan una intermedia: **la distancia adecuada**. Distancia que no desecha rasgos de paternalismo en ciertos momentos de la RMP y/o ante determinados enfermos, pero en ningún momento descarta la activa participación del enfermo en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento.

CRISIS DE LA RMP - AREAS CONFLICTIVAS: MOTIVO DE LA CONVOCATORIA

Ante una medicina pujante y arrolladora, maquinista y científicista, fruto de profundos movimientos, la relación interpersonal, la RMP que le da color y calor humano, también ha sufrido cambios.

Siempre la medicina estuvo enmarcada en el contexto de fenómenos sociales, históricos, económicos y aún ecológicos. Sólo una mirada retrospectiva no muy lejana nos recuerda que vivimos tiempos de barbarie, intolerancia, violencia, destrucción. Pero negar el impacto tecnológico positivo sería de ciegos o necios. No es menos real la mentalidad robótica que ha creado el fetichismo de la máquina en generaciones de jóvenes.

De la resurrección del cuerpo (Ortega y Gasset, 1920) a la intercorporeidad (Lahitte, 1995) fenomenolo-

gía que conlleva el trasplante de órganos, la donación de gametos y embriones y la ingeniería genética.

De la defensa de la vida, su norte paradigmático, la medicina ha agregado hoy el derecho de una muerte digna, pasando por la consideración de horrores como la eutanasia y el suicidio asistido.

De una actitud del médico **paternalista** autoritaria en su relación con el paciente, a considerarlo ser humano, como hombre libre partícipe de su curación; él mismo, el médico, valida su imagen de ser humano tan humano como respetable y aún punible en su accionar profesional, hoy en un ambiente de candente litigiosidad.

De una RMP que como interpersonal era considerada una **díada** (o cuasi-díada) hasta ayer, no hace mucho se le ha agregado la **familia y los allegados** y entonces se transformó en **triada**; y hoy, dado el peso de las **instituciones**, podría asignársele la calificación de **tetrada**: Médico-Paciente-Familia-Institución.

De la atención individual, personalizada siempre, a la atención institucionalizada, con centralización de servicios y trabajo médico en equipos.

Del factor económico, que de alguna manera debe tenerse en cuenta hoy en los modelos de atención con sistemas sanitarios que exigen eficiencia y rapidez.

En fin, de la **medicalización de la vida** (Mainetti, JM, 1995), con ciertos comunicadores sociales que tienen en la mira a la medicina., de la dirigencia con su racionalidad económica, que entra en conflicto con la racionalidad médica o sanitaria. Y cuántos factores más.

Analizarlos, al menos en ciertas áreas (vulnerables, críticas, controvertidas del quehacer médico) nos motivó a efectuar la convocatoria del día 02-12-95; establecer en la RMP la situación actual, hechos y circunstancias conexas y elaborar en lo posible propuestas para su mejora.

"Si el conocimiento supone una relación, el verdadero problema del conocimiento consiste en el estudio de esa relación".

Bibliografía consultada

* Laín Entralgo P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Revista de occidente. Madrid, 1954.

* Mainetti, J.A., *Fenomenología de la intercorporeidad*. Quirón, 38; 26:1, 1995.

* Mainetti, J.A., *Bioética Fundamental. La Crisis Bioética*. Ed. Quirón. La Plata (RA), 1990.

RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP) EN AREAS DE EMERGENCIAS (Guardias - Cuidados Intensivos)

Dr. Enrique Romero (*)

I. a) Consultorio de Emergencias (Guardia)

El paciente viene al Hospital motivado por una súbita necesidad de atención no buscada ni deseada, que lo obliga a concurrir en ese momento, ni antes ni después.

El paciente no desea concurrir a la guardia, no ha podido meditar acerca de esta situación. Lo hace acompañado de un estado de gran angustia y ansiedad. Lo va a atender un médico que por lo general tampoco conoce y que a su vez es joven y posiblemente en formación todavía; como deberá actuar con máxima premura el paciente tendrá que someterse a las decisiones que éste tome. En muchas ocasiones el médico deberá realizar tratamientos o procedimientos de emergencia para lo cual hay especialistas, pero que por la urgencia que se requiere, no serán los que lo atiendan. Por ej.: el caso de una herida cortante facial que deberá suturar con la perfección que lo haría un cirujano plástico.

Todo esto condiciona un elemento clave en la RMP en estas situaciones que es la desconfianza y la sensación de impotencia tal vez. Esta relación será por lo general breve y terminante. Es impresión que en la guardia la RMP se transforma en médico-enfermedad. Los pacientes frecuentemente requieren su médico de cabecera, omitiendo a veces a los médicos del área.

El médico, tratando de establecer una buena relación con el enfermo en estas adversas circunstancias, deberá demostrar ante todo: presencia, serenidad, paciencia, procurando vencer la desconfianza que se le tiene y además actuar con profesionalismo y firmeza.

La planta física es el otro elemento condicionante para que se cree una buena RMP. Deberá permitir que la entrevista médico-paciente se realice en forma adecuada.

b) Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Cualquiera de estos pacientes puede requerir ser internado en la UCI y aquí aparece otra especial RMP que tie-

ne sus características propias, condicionadas por lo que significa esta sección, la enfermedad y la personalidad del paciente y de la familia.

La UCI es un lugar físico diferente que además de toda la tecnología con la que este sitio cuenta, desconocida para el paciente, se agrega la restricción de visitas lo que lleva al aislamiento de la familia con el ser querido. No existirán las horas del día. Será molestado permanentemente con controles, interrogatorios, administración de fármacos, etc. Desconoce los médicos que lo atenderán en tan delicada situación, los procedimientos que se le harán, la información que recibirá, etc. Hasta que pase un cierto tiempo internado, si es que la situación se prolonga, irá conociendo durante varios días nuevas caras de médicos que lo atenderán. Y si se prolonga aún más, comenzará a desear la presencia de algunos más que de otros. Establecerá una afinidad con los que mejor RMP generaron.

De acuerdo a las diferentes patologías y pacientes podemos clasificarlos como:

Pacientes con depresión del sensorio.

Pacientes lúcidos.

- a) complacientes;
- b) no tolerantes de I UCI;
- c) los que se encuentran protegidos por la UCI.

Problemas con pacientes con enfermedades crónicas en etapa terminal.

- a) por la misma enfermedad que se agrava;
- b) por enfermedad sobreagregada que ante la precariedad de la previa hacen muy difícil la recuperación.

Pacientes en quienes todos los tratamientos han sido infructuosos y que se cronifican en la UCI.

Pacientes que niegan algún tratamiento avanzado (Asistencia respiratoria mecánica) entre otros.

* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Privado.

Pacientes con depresión del sensorio

Son aquellos en los que la enfermedad aguda que los trae a la UCI, altera la percepción de lo que les rodea, haciendo que la RMP no se establezca, al menos inicialmente. Ocupa una gran parte de los pacientes que se internan e incluye a accidentes cerebrovasculares, pacientes shockados, politraumatizados, etc. En estos casos la relación médica se establece con los familiares del paciente. Al principio se hace difícil para éstos entender la situación: que puede ir evolucionando muy lentamente, que el riesgo de vida es alto, que pueden ser secueles, etc.

Pacientes lúcidos

Estos, al contrario que los anteriores, están conectados con el medio que los rodea y manifiestan distinta conducta frente a lo que es una internación en cuidados intensivos y lo que ésta implica.

a) Complacientes: llamamos tales a los que pareciera no afectarlos para nada su internación; no preguntan y están de acuerdo aparentemente con todo lo que a su lado ocurre. Por lo general, no despiertan en el médico necesidad de darles grandes explicaciones.

b) No tolerancia a la UCI: son los que están ansiosos por saber cuando serán dados de alta, y ni bien esto sucede experimentan un alivio porque les ha resultado molesto todo lo que les aconteció, por lo general casi sin valorar su estado de salud. Sólo están preocupados por salir de alta y no volver más. A veces se les explica que un alta anticipada puede ser perjudicial y hacer peligrar una evolución satisfactoria, lo que pareciera no interesarles.

c) Los que se sienten protegidos: a este grupo no tan reducido, la UCI les da la sensación de seguridad y atención permanente. Con no poca frecuencia, algún enfermo se opone a pasar al piso aduciendo falta de atención en el área de internación común. Suelen ser pacientes con alto grado de inseguridad y temerosidad.

Pacientes con enfermedades crónicas en etapa terminal

A este grupo pertenecen los con enfermedades avan-

zadas de algún aparato o sistema que ingresan para ser tratados activamente en etapa de descompensación o desmejoramiento de su estado previo. Suelen tener varios ingresos a la UCI y nunca se sabe cual será su última internación.

Cuando una enfermedad o procedimiento sobreagregado hacen peligrar seriamente su vida, pueden pasar a formar parte de otros como los que siguen a continuación. Suelen tener por parte del médico intensivista cierta restricción para el tratamiento avanzado. Sería el caso de una enfermedad miocárdica terminal con una neumonía e insuficiencia respiratoria y renal por bajo flujo, por ejemplo, en la que podría cuestionarse la necesidad de asistencia respiratoria mecánica (ARM) y diálisis.

Pacientes sin respuesta positiva al tratamiento

A este grupo corresponden los accidentes cerebro vascular (ACV) importantes, muy secueles y casi en vida vegetativa, donde el tiempo y el tratamiento no lograron avances en su evolución, a lo que se le suman las complicaciones a su estado, como infecciones respiratorias, secreciones, alteraciones en la alimentación, etc. O pacientes en los cuales no se evidencia respuesta al tratamiento y mantienen la vida por procedimientos artificiales.

Paciente que niega tratamiento

Son los que por conocimiento o temores se oponen a algún tipo de tratamiento avanzado. Esto provoca en el médico un dilema ya que en ocasiones se puede suponer que el paciente se encuentra en sus cabales como para poder razonar lo que desea; pero hay otros en los que por la naturaleza de la enfermedad que presentan pueden no estar aptos mentalmente para decidir ante el requerimiento de algún tratamiento. Por ejemplo, la hipoxia puede producir alteraciones mentales en un enfermo con insuficiencia respiratoria y oponerse a la ARM cuando el médico le explica lo que va a hacer. O el caso de una insuficiencia renal cuya estado metabólico puede generar una situación mental como la anterior y el paciente se opone a la diálisis.

II. ¿Qué espera el paciente y la familia de nosotros?

El paciente quiere conocer su evolución, cuando está mentalmente apto; quiere saber qué se le va a hacer y para qué. Desea escuchar palabras de aliento y de esperanza y que su situación va a mejorar. Posiblemente haya quienes nieguen su gravedad, a los que se le deberá contestar con una clara explicación de su realidad sin quitarle la esperanza de mejoría y de que están recibiendo todo lo necesario para que esto ocurra. Deberá ser una explicación con palabras que el paciente comprenda y sin ambigüedades.

La familia debe recibir una explicación más profunda pero que está en condiciones de entender. Debe dirigirse fundamentalmente a ubicar a éstos en la situación de enfermedad que se presenta, el estado actual y lo esperado respecto a la evolución del ser querido. Debe ser una información dada sin entrar en detalles de índole estrictamente médicos, sin generar estados de ansiedad por inseguridad que muchas veces son los del propio médico, sin hacerles conocer todas las posibles complicaciones que puedan presentarse, y haciéndoles comprender la realidad del paciente.

La toma de decisiones extremas, como colocar un respirador en contra de la voluntad del paciente, plantea el dilema entre beneficencia y autonomía de aquél. La caridad espontánea está por encima de consideraciones legales y el médico tendrá que optar por la beneficencia sin soberbia o por el respeto sin eludir responsabilidades.

De cualquier manera, no debe plantearse en términos absolutos o extremos: con ciertos principios y respetando la autonomía del paciente, algunos opinan que deberá primar el concepto del bien del médico sobre el concepto del bien del enfermo. Este pudo haber adoptado una posición extrema antes o en la actualidad, pero no siempre en todas sus cabales: deprimido por su situación de enfermedad grave, o bajo un estado de irracionalidad por alteraciones metabólicas. Existen pruebas para determinar la competencia de un paciente.

Además debería tenerse cuidado al hablar de incompetencia cultural porque sólo puede ser expresión de arrogancia médica.

En las determinaciones de medidas o recursos extraordinarios, no debería obviarse la consulta neurológica y psicológica y la consideración de las determinaciones por parte de los enfermos bajo profundo sufrimiento (dolor).

El médico de familia, también debe intervenir en carácter de fiduciario. Habría que tener en cada caso (y cada uno es diferente al otro) decisiones tomadas previamente entre médico(s) tratantes, intensivistas, familia y el paciente si la condición o estado del mismo lo permitiera.

No hay criterio sobre si deben violentarse principios religiosos o sectarios.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Hall J.B., Schmidt, G.A., Wood, LDH. *Principles of Critical Care*. Mc Graw. Hill, Inc. Health Professions Division, New York, 1992.

LA BENEFICENCIA MEDICA Y LA AUTONOMIA DEL PACIENTE ¿DOS PRINCIPIOS EN PUGNA?

Dr. Tomás Caeiro (*)

La Parábola

“Bajó un hombre de Jerusalén a Jericó...” Así comienza la parábola evangélica del buen samaritano (Lucas 10:30-37). Entre Jerusalén y Jericó hay una pendiente árida cruzada por 27 kilómetros de camino rojizo. A la vera de él cayó el pobre hombre a quien, según la historia, los bandidos “despojaron de todo” y después de haberlo “molido a golpes”, lo dejaron medio muerto. Un sacerdote y un levita que pasaron por allí eludieron encontrarse con el hombre caído tomando “el otro lado del camino” para no tener siquiera que tocarlo y lo hicieron huyendo de la impureza, porque el solo contacto con la sangre de aquel hombre, les hubiera impedido realizar después cualquier acto religioso. Para ellos, el cumplimiento de la ley estaba por encima de cualquier compromiso, incluido el de la caridad. El próximo en pasar por el lugar fue un samaritano, miembro de una comunidad despreciada y hereje que por su origen debía odiar a los habitantes de Judea y sentir repulsión por el herido; así y todo, el evangelio cuenta, que “curó y vendó sus heridas” y en su cabalgadura ‘lo condujo a la posada y se encargó de cuidarlo.

El principio moral básico de esta parábola (*la caridad espontánea* y la ayuda al prójimo está por encima de las consideraciones y limitaciones legales) es el fundamento mismo de la beneficencia que por siempre ha influido en las sabias y *espontáneas decisiones* médicas y que hasta hace 3 décadas contribuía al reconocimiento y admiración de la sociedad por los médicos y su sacrificado trabajo.

Un problema (Planteado en una Reunión de Bioética del Hospital)

Se trata de un paciente de 52 años admitido al Hospital con una enfermedad infecciosa crónica que se anticipaba incurable. La internación en la Unidad de Cuidado Intensivo, se

debió a un brusco deterioro con insuficiencia respiratoria y severa hipoxemia atribuida a una neumonía por pneumocystis carinii.

Conocedor de su mal pronóstico, el paciente había expresado *el deseo* de no ser colocado en un respirador si en algún momento de la evolución de su enfermedad llegara a plantearse tal necesidad. Los médicos, un intensivista y un infectólogo, consideraron que el estado del paciente era crítico y como sabían que de superar este cuadro, siendo este el primer episodio de infección pulmonar por pneumocystis carinii la expectativa de vida al año era mayor de 80 %, resolvieron intubarlo y colocarlo en asistencia respiratoria mecánica con un respirador volumétrico. Esta decisión que en principio contrariaba la voluntad del paciente, fue tomada con el *conocimiento y apoyo de los familiares*.

La exposición del caso generó discusión. Algunos apoyaron la decisión, fundados en la posible *incompetencia del paciente* para tomar decisiones en un marco de severa depresión por su enfermedad crónica a lo que se agregaba confusión mental por hipoxemia y/o a que el médico, con buen fundamento técnico y sana intención de ayudar, podía actuar para salvarlo aún en contra de su voluntad. Otros en cambio, consideramos que se había violado el principio de *autonomía del paciente* al no tenerse en cuenta su *expresa opinión previa* y al forzar los médicos la instalación de la asistencia respiratoria (aunque esta decisión estuviera basada en la beneficencia).

La reunión terminó sin recomendaciones claras pero cumpliendo el objetivo de dejarnos a todos pensando sobre el tema.

La Reflexión

Mi reflexión posterior me lleva de vuelta a la parábola

(*) Jefe del Dpto. de Medicina Interna Hospital Privado

evangélica. Al fin y al cabo Jesucristo no condenó al levita y al sacerdote; simplemente le dijo que sólo el samaritano se portó como prójimo. Parecería que el médico puede optar por la beneficencia samaritana o por el respeto a la autonomía del paciente fundada en el mismo acatamiento a la ley que el levita y el sacerdote demostraron. Sería deseable que cuando el médico elija *la beneficencia* no la aplique con la soberbia de sus conocimientos, que a veces son endeble y, que cuando

opte por el *respeto a la autonomía*, no lo haga eludiendo su responsabilidad o atemorizado por los riesgos y en actitud defensiva. En mi caso, la lectura de la parábola me hizo mirar las cosas de manera diferente; ya no pienso que el derecho a la autonomía del paciente esté por encima de todo. No puedo ni imaginar al samaritano en el camino de Jericó tratando de obtener del pobre hombre molido a palos, el consentimiento escrito para “curarle sus heridas con aceite y vendárselas”.

Brujo de la tribu - Médico Moderno Reflexiones de una paciente

Sra. Berta Gladstein de Klimovsky (*)

A lo largo de la historia de la humanidad el hombre se ha enfrentado a fenómenos naturales que no podía explicar y que en consecuencia, lo asustaban. Entre esos fenómenos se encuentran la enfermedad y la muerte.

En su búsqueda de apoyo recurrió a ídolos como el sol, la luna, los árboles, etc., y al no encontrar respuestas directas, surgió la necesidad de hallar a alguien con quien contactarse y que de alguna manera actuara como intermediario entre él y sus deidades. Así aparecen los brujos tribales, fuentes de milagros y procuradores de la vida y de la muerte. Estos brujos ejercieron su poder con vestiduras, máscaras y artilugios varios, que los mantuvieron en un plano distante y que inspiraron respeto a través del temor. Eran los **dueños** de la vida y de la muerte.

¿Son los médicos actuales los brujos modernos? Sin duda que masivamente siguen siendo vistos como los dadores de la salud y la vida. Pero, ¿cómo se relacionan con sus pacientes, más allá de lo científico, a nivel humano? Con frecuencia he escuchado de muchas personas el siguiente comentario: “como médico no tengo ninguna objeción, pero lo siento distante, poco comunicativo; temo formularle algunas preguntas que tal vez me tranquilizarían: ¿Es el temido brujo de la tribu?”

El término “paternalismo”, habitualmente utilizado dentro del campo de la relación médico paciente (RMP), da lugar a distintas consideraciones. Evidentemente proviene de la

palabra “padre”, con sus consecuencias de generador de vida y al mismo tiempo, guardador de la seguridad y el bienestar de quienes de él dependen, con derecho a disponer en ocasiones qué es bueno y qué no lo es para sus beneficiados, con toda la carga afectiva que esta actitud implica. ¿Puede el médico asumir ese compromiso afectivo inherente al “pater” sin dañar la relación con el enfermo?

Si bien es cierto que frecuentemente es el paciente el que, no bien traspone la puerta del consultorio, le coloca el sayo del paternalismo al profesional, depende de la manera y la medida en que él se lo calce, la forma en que se desarrollará a partir de allí la relación de ambos.

El término paternalismo se ha usado y aún se usa en sentido peyorativo con tanta frecuencia, que suele producir cierto escozor. Pero debemos aceptar que en general se lo sigue empleando, confundiéndolo como el que contiene y apoya, olvidando las otras implicancias que la expresión conlleva.

Tal vez si hacemos un juego de palabras “médico-paternalismo-humanización”, podremos arribar al profesional integral con la capacidad técnico-científica necesarias y con la calidad-calidez humana suficientes para, sin artilugios mágicos o posturas impuestas, perder la imagen del brujo distante e identificarla con aquella que contiene acompañando, receptando y aclarando cada una de las inquietudes de su paciente, en un plano de igualdad universal.

(*) Ex empleada técnica de Anatomía Patológica, asistente a la reunión.

evangélica. Al fin y al cabo Jesucristo no condenó al levita y al sacerdote; simplemente le dijo que sólo el samaritano se portó como prójimo. Parecería que el médico puede optar por la beneficencia samaritana o por el respeto a la autonomía del paciente fundada en el mismo acatamiento a la ley que el levita y el sacerdote demostraron. Sería deseable que cuando el médico elija *la beneficencia* no la aplique con la soberbia de sus conocimientos, que a veces son endeble y, que cuando

opte por el *respeto a la autonomía*, no lo haga eludiendo su responsabilidad o atemorizado por los riesgos y en actitud defensiva. En mi caso, la lectura de la parábola me hizo mirar las cosas de manera diferente; ya no pienso que el derecho a la autonomía del paciente esté por encima de todo. No puedo ni imaginar al samaritano en el camino de Jericó tratando de obtener del pobre hombre molido a palos, el consentimiento escrito para “curarle sus heridas con aceite y vendárselas”.

Brujo de la tribu - Médico Moderno Reflexiones de una paciente

Sra. Berta Gladstein de Klimovsky (*)

A lo largo de la historia de la humanidad el hombre se ha enfrentado a fenómenos naturales que no podía explicar y que en consecuencia, lo asustaban. Entre esos fenómenos se encuentran la enfermedad y la muerte.

En su búsqueda de apoyo recurrió a ídolos como el sol, la luna, los árboles, etc., y al no encontrar respuestas directas, surgió la necesidad de hallar a alguien con quien contactarse y que de alguna manera actuara como intermediario entre él y sus deidades. Así aparecen los brujos tribales, fuentes de milagros y procuradores de la vida y de la muerte. Estos brujos ejercieron su poder con vestiduras, máscaras y artilugios varios, que los mantuvieron en un plano distante y que inspiraron respeto a través del temor. Eran los **dueños** de la vida y de la muerte.

¿Son los médicos actuales los brujos modernos? Sin duda que masivamente siguen siendo vistos como los dadores de la salud y la vida. Pero, ¿cómo se relacionan con sus pacientes, más allá de lo científico, a nivel humano? Con frecuencia he escuchado de muchas personas el siguiente comentario: “como médico no tengo ninguna objeción, pero lo siento distante, poco comunicativo; temo formularle algunas preguntas que tal vez me tranquilizarían: ¿Es el temido brujo de la tribu?”

El término “paternalismo”, habitualmente utilizado dentro del campo de la relación médico paciente (RMP), da lugar a distintas consideraciones. Evidentemente proviene de la

palabra “padre”, con sus consecuencias de generador de vida y al mismo tiempo, guardador de la seguridad y el bienestar de quienes de él dependen, con derecho a disponer en ocasiones qué es bueno y qué no lo es para sus beneficiados, con toda la carga afectiva que esta actitud implica. ¿Puede el médico asumir ese compromiso afectivo inherente al “pater” sin dañar la relación con el enfermo?

Si bien es cierto que frecuentemente es el paciente el que, no bien traspone la puerta del consultorio, le coloca el sayo del paternalismo al profesional, depende de la manera y la medida en que él se lo calce, la forma en que se desarrollará a partir de allí la relación de ambos.

El término paternalismo se ha usado y aún se usa en sentido peyorativo con tanta frecuencia, que suele producir cierto escozor. Pero debemos aceptar que en general se lo sigue empleando, confundiéndolo como el que contiene y apoya, olvidando las otras implicancias que la expresión conlleva.

Tal vez si hacemos un juego de palabras “médico-paternalismo-humanización”, podremos arribar al profesional integral con la capacidad técnico-científica necesarias y con la calidad-calidez humana suficientes para, sin artilugios mágicos o posturas impuestas, perder la imagen del brujo distante e identificarla con aquella que contiene acompañando, receptando y aclarando cada una de las inquietudes de su paciente, en un plano de igualdad universal.

(*) Ex empleada técnica de Anatomía Patológica, asistente a la reunión.

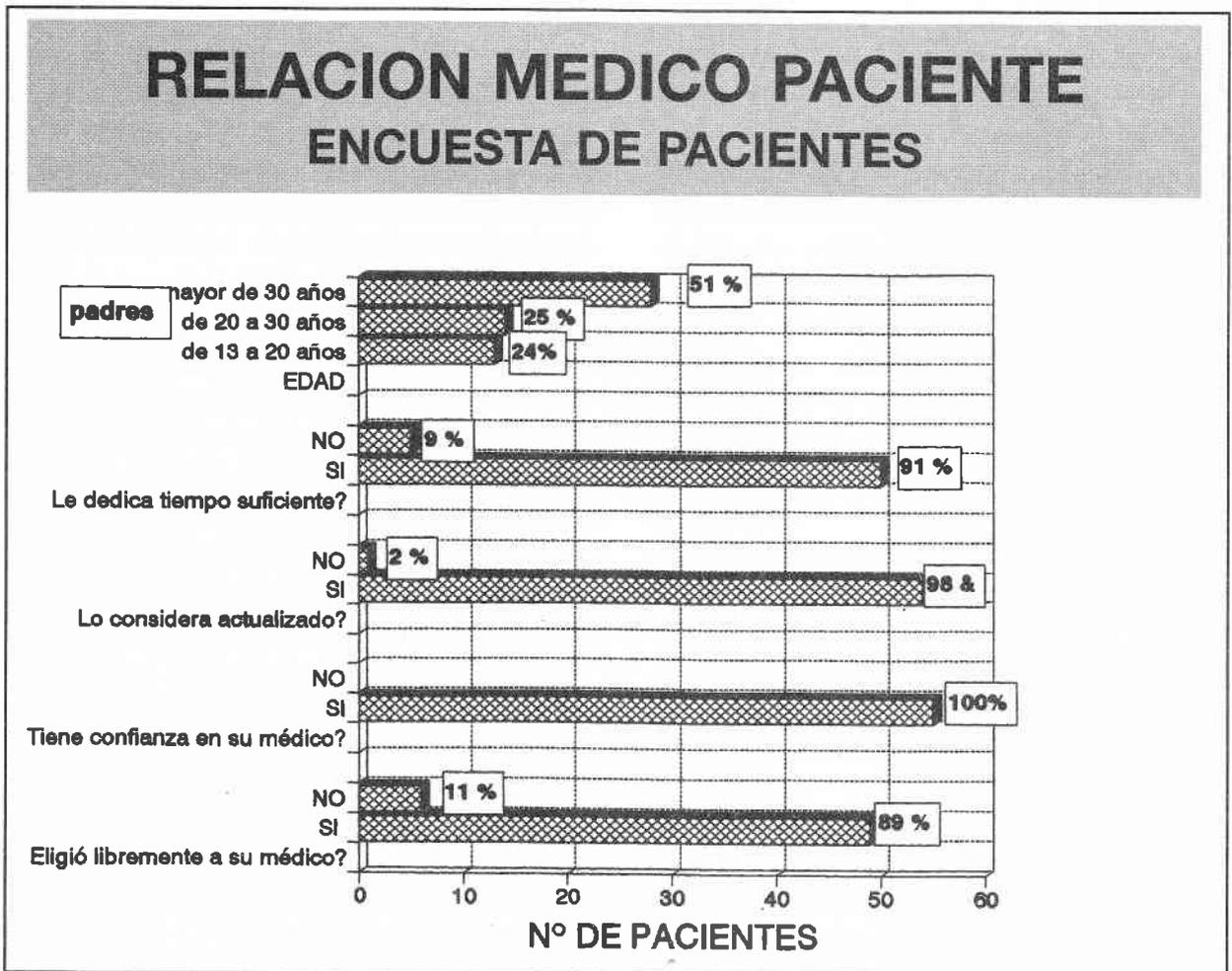
LA RELACION MEDICO PACIENTE (RMP) EN PEDIATRIA Y ADOLESCENCIA

Drs. Lucy Yanikowski * - José Torres **
 Lic. María T. Pomes **** -y Laura Nores ****

Nota del Coordinador: este grupo de trabajo elaboró sus comentarios en base a una encuesta a pacientes y profesionales, como se ha expuesto en la metodología de trabajo.

Analizaremos de la siguiente forma las respuestas de la encuesta formulada a pacientes y profesionales sobre diversos aspectos que inciden en el acto médico.

TABLA Nº 1



*Del Servicio de Pediatría.

**Del Servicio de Pediatría.

***Del Servicio de Pediatría.

****Del Servicio de Nutrición.

a) Respuesta de los pacientes.

La mayoría (98 %) expresó un sentimiento de confianza hacia los profesionales que los asisten, reforzada al considerarlos profesionales capacitados (100 %). A su vez el 91 % refirió que su médico le dedicaba el tiempo suficiente. En cuanto a la libertad de elección del profesional el 89 % expresó tenerla, aún dentro del sistema de cobertura social al que debía responder.

La edad de los pacientes que respondieron la encuesta fue: 13 adolescentes y 42 padres de niños y adolescentes.

Las respuestas de cambio por parte de los pacientes son reclamadas bajo los siguientes ítems: demora de turnos un 23,6 %, espera para la atención 12,7 %, estructura hospitalaria y el sistema de canalización de la demanda un 12,63 %.

b) Respuesta de los profesionales.

Al análisis se consideró bajo 3 grupos según el tipo de asistencia.

Grupo A:

Pediatría total 8 encuestados.

Grupo B:

Especialidades
(las referidas anteriormente) total 7 encuestados.

Grupo C:

Médicos del interior total 9 encuestados.

En consideración a su formación profesional y los factores externos que inciden sobre su **capacitación**: en el grupo A entre los factores predomina la demanda asistencial; en el grupo B no hay diferencia significativa entre la demanda asistencial y la económica; en el grupo C las razones económicas son mayoría. A su vez el **Sistema de Salud y la limitación en la expresión de sus conocimientos**, los distintos grupos le asignaron un rol importante (considerando las respuestas SI y A VECES); así el grupo A con un 63 %, el B con 100 %, el grupo C con 89 %. Otro factor externo a considerar sobre el obrar médico es el **temor legal** el cual es menos experimentado por

el grupo A con un 50 %, mientras el B y el C lo sienten en más de un 70 %.

En cuanto al acto médico propiamente dicho y el **tiempo de dedicación** al paciente los grupos B y C en su mayoría consideraron que brindaban el suficiente. El grupo A sólo un 63 % lo consideró así. En relación a la **información brindada** la mayoría de los tres grupos la creyó suficiente. El grupo C, en un 56 % estima que la misma no es **suficientemente entendida**, mientras que los grupos A y B lo refieren en sólo un 30 %. El 75 % de los encuestados tenían más de 10 años en el ejercicio profesional. Desempeñaban su actividad a nivel privado exclusivamente la mayoría del grupo A y B; en cuanto al grupo C la actividad privada representaba el 100 % del cual un 56 % desarrollaban actividad pública.

Discusión

Con fines didácticos trataremos de ordenar el comentario bajo el concepto de los "momentos del acto médico".

En lo que hace al primer momento deben considerarse:

a) la respuesta de los pacientes sobre la capacidad que tienen sus médicos y la confianza que depositan en ellos es muy buena; similar a la expresada por una encuesta realizada por el Dr. Samuel Hellman de la Universidad de Chicago (comentada en I de la bibliografía).

b) el tiempo que les es dedicado por su profesional: nuestros pacientes en un 90 % lo consideraron suficiente mientras que en la encuesta mencionada solo un 30 %. Los profesionales en las especialidades y los del interior refieren tener el tiempo necesario, no así los pediatras del Hospital. En estos últimos quizás la demanda asistencial de la atención primaria, la diversificación de tareas junto con la organización jueguen un rol en esta percepción.

c) Otro punto a considerar sobre la disponibilidad del profesional tiene que ver con la presión que ejerce el temor legal. Curiosamente la población que expresa este sentimiento es la de más años de recibidos, los especialistas y los médicos del interior. Dentro de los últimos son a su vez aquellos de más de 10 años de profesión. La refle-

ción que merece quizás sea en primer lugar propia de la sabiduría adquirida del adulto, sin relación con su capacidad y/o formación; y en segundo lugar que los profesionales en formación y más jóvenes que además de las condiciones propias de la edad tienen un consultor en quienes depositar la responsabilidad final de su acto. Los momentos **cognoscitivo y operativo** tienen estrecha relación con las respuestas de los profesionales referidas a las causas en la limitación y aplicación de sus conocimientos relacionadas al sistema de salud. En este último punto el factor económico es considerado especialmente por los médicos del interior como una causa importante. A su vez este grupo es el que tiene actividad pública y privada en un alto porcentaje lo cual sin duda limita aún más el tiempo asistencial, corrobora la necesidad económica y revelaría quizás la irregular distribución de los recursos humanos. No disponemos de encuestas de pacientes del interior lo que no permite evaluar los dos componentes del acto médico.

En cuanto a los **momentos de afectividad, información y decisión**, por parte de los pacientes no hubo propuestas de cambios, la cual hace pensar que no hay dificultades al respecto. Por parte de los profesionales encuestados la mayoría consideró que su información era suficiente aunque una pequeña proporción duda de su comprensión. Esta minoría estaba representada en gran parte por los médicos del interior donde quizás el factor tiempo y capacitación podrían tener alguna responsabilidad.

Los profesionales de la audiencia sugirieron un lenguaje común y sistematizado, vehiculizado a través de las **historias clínicas**. Debería contar en él la información que recibe el paciente en la consulta y la apreciación que éste hace. Comentándose además la existencia de metodologías para evaluar el grado de comprensión del paciente a través de una escala de valores que permiten al médico estimar el alcance de su información.

En la toma de decisión también debe considerarse la libre elección del profesional por parte del paciente ya que ello influirá en la aceptación de su terapia. Igual valor tiene la libertad del profesional para disponer de los

métodos complementarios en la elaboración del diagnóstico y tratamiento ya que indirectamente el sistema de salud ejerce su accionar sobre ello. Los pacientes encuestados al respecto no refieren sentir demasiadas limitaciones. Curiosamente quienes demandan más tiempo y aquejan presiones del sistema de salud son los adolescentes no así los padres o acompañantes, revelando probablemente una necesidad propia de la edad.

Es oportuno agregar aquí la inquietud formulada por los profesionales de la audiencia con respecto a la privacidad del adolescente en la consulta médica. Como respuesta nos remitiremos a la opinión vertida en el último Congreso Argentino de Adolescencia donde se resaltó el espacio de libre albedrío del adolescente, cuando éste es capaz de elaborar respuestas a la prescripción médica. Pero cuando este "espacio" es limitado, debe un adulto responsable participar en el acto médico y coparticipar en la toma de decisiones. Son posibles ejemplos las patologías graves, algún riesgo de vida, problemas sociales, déficit intelectual, etc. Debe también recordarse el doble mensaje con que frecuentemente el adolescente emplea como motivo de consulta, enmascarando muchas veces la causa real de su visita; deberá el profesional ser conocedor de la problemática del adolescente para descubrir el verdadero problema que lo aqueja cuando asiste para su atención.

No debemos olvidar la situación, no menos difícil, del pediatra quien actúa a través del adulto, teniendo en cuenta al niño que no está ausente de este momento. Los padres traen a la consulta conceptos ya elaborados, sentimientos propios y hasta a veces sugerencias diagnósticas, elementos que ejercen un rol importante en la respuesta a las prescripciones del pediatra. El niño por su parte tiene sus propios sentimientos aprendidos de encuentros anteriores (no son meros espectadores en la visita), descubren también pequeños gestos, miradas; por lo cual su respuesta debe también ser atendida cuando se analiza la propuesta terapéutica. Este rol doblemente difícil debe ser valorado a la hora de la consulta y merecería un extenso análisis.

Finalizamos este comentario con una mención de Pla-

tón en su libro "Las Leyes" para ayudarnos en la conclusión. El decía que había 2 tipos de relación entre médicos y pacientes, una la de esclavos y otra la de hombres libres. En la primera se trata a los pacientes sin explicaciones, se suministra una orden. En la segunda se estudia la enfermedad, se discute con el paciente y se busca su apoyo. Esta última es la **humanizada**. Conforme a ello y bajo el análisis de esta encuesta, nuestra RMP es la de los hombres libres; por lo tanto en nuestras manos está reforzarla bajo el ejercicio de libre albedrío aún bajo presiones externas al propio acto médico.

Agradecimiento: Al Dr. Eduardo Cuesta por su ayuda en la programación estadística de la encuesta.

Bibliografía

1) Siegler Mark. *La caída del pedestal. ¿Qué está sucediendo con la relación médico paciente tradicional?*. Boletín informativo SAP (1995). I, 23-26.

2) García Diego. *Fundamentos de Bioética*. Editorial Eudema. Madrid, 1989.

3) Laín Entralgo Pedro. *La relación médico paciente*. Editorial Alianza Universitaria. Madrid, 1983.

4) Mainetti José Alberto. *Estudios Bioéticos*. Editorial Quirón. Bs. As., 1992 y 1993.

EL MEDICO COMO FIDUCIARIO

(a propósito de citas previas)

Dr. Roberto Madoery (*)

El atribuir a la RMP un carácter fiduciario en la que el primero obraría como tal a favor del segundo, tiene su origen en la antigua Roma: los ciudadanos confiaban en otras personas sus bienes materiales, quienes los administraban y cuidaban de ellos. Al igual, el paciente confía en su médico su mayor bien: la salud.

Eso conlleva a que el médico conozca a fondo qué quiere, qué desearía él, aún en momentos decisivos de su vida, protegiendo y promoviendo intereses definidos por él mismo: esto es de suma importancia a la hora de considerar los problemas éticos en el marco de los cuidados que se le ofrecen a aquel.

El concepto fiduciario proporciona bases en torno de decisiones, sugiriendo al médico, a veces, soluciones determinadas; en otros, podría proveer criterios de elección entre varias opciones éticas; mientras otras estarían influidas por la Institución, o aún preferencias ajenas al concepto fiduciario. Pero el médico deberá actuar respetando aquella confianza que tácitamente depositó en él su enfermo.

No obstante es necesario reflexionar que lo que el paciente deseaba para momentos decisivos de su vida (umbrales de la muerte), tomado en situaciones de plena conciencia y aún de bienestar, puede no ser lo mismo cuando el dolor es extremo o el pensamiento de muerte inminente embarguen su mente: puede ya no ser igual.

Este concepto deberá tomarse con mucha cautela por el médico y quizás se aplique en muy determinadas circunstancias.

Bibliografía consultada

Perkins, H.S. en Stein, J.H., *Medicina Interna*, 3era. Edición, Barcelona, 1991.

tón en su libro "Las Leyes" para ayudarnos en la conclusión. El decía que había 2 tipos de relación entre médicos y pacientes, una la de esclavos y otra la de hombres libres. En la primera se trata a los pacientes sin explicaciones, se suministra una orden. En la segunda se estudia la enfermedad, se discute con el paciente y se busca su apoyo. Esta última es la **humanizada**. Conforme a ello y bajo el análisis de esta encuesta, nuestra RMP es la de los hombres libres; por lo tanto en nuestras manos está reforzarla bajo el ejercicio de libre albedrío aún bajo presiones externas al propio acto médico.

Agradecimiento: Al Dr. Eduardo Cuesta por su ayuda en la programación estadística de la encuesta.

Bibliografía

1) Siegler Mark. *La caída del pedestal. ¿Qué está sucediendo con la relación médico paciente tradicional?*. Boletín informativo SAP (1995). I, 23-26.

2) García Diego. *Fundamentos de Bioética*. Editorial Eudema. Madrid, 1989.

3) Laín Entralgo Pedro. *La relación médico paciente*. Editorial Alianza Universitaria. Madrid, 1983.

4) Mainetti José Alberto. *Estudios Bioéticos*. Editorial Quirón. Bs. As., 1992 y 1993.

EL MEDICO COMO FIDUCIARIO

(a propósito de citas previas)

Dr. Roberto Madoery (*)

El atribuir a la RMP un carácter fiduciario en la que el primero obraría como tal a favor del segundo, tiene su origen en la antigua Roma: los ciudadanos confiaban en otras personas sus bienes materiales, quienes los administraban y cuidaban de ellos. Al igual, el paciente confía en su médico su mayor bien: la salud.

Eso conlleva a que el médico conozca a fondo qué quiere, qué desearía él, aún en momentos decisivos de su vida, protegiendo y promoviendo intereses definidos por él mismo: esto es de suma importancia a la hora de considerar los problemas éticos en el marco de los cuidados que se le ofrecen a aquel.

El concepto fiduciario proporciona bases en torno de decisiones, sugiriendo al médico, a veces, soluciones determinadas; en otros, podría proveer criterios de elección entre varias opciones éticas; mientras otras estarían influidas por la Institución, o aún preferencias ajenas al concepto fiduciario. Pero el médico deberá actuar respetando aquella confianza que tácitamente depositó en él su enfermo.

No obstante es necesario reflexionar que lo que el paciente deseaba para momentos decisivos de su vida (umbrales de la muerte), tomado en situaciones de plena conciencia y aún de bienestar, puede no ser lo mismo cuando el dolor es extremo o el pensamiento de muerte inminente embarguen su mente: puede ya no ser igual.

Este concepto deberá tomarse con mucha cautela por el médico y quizás se aplique en muy determinadas circunstancias.

Bibliografía consultada

Perkins, H.S. en Stein, J.H., *Medicina Interna*, 3era. Edición, Barcelona, 1991.

LA RELACION MEDICO PACIENTE (RMP) EN LOS ENFERMOS TERMINALES

Aporte de los Servicios de Cardiología, Nefrología y Oncología: pacientes para trasplante cardíaco, renal y médula osea e incurables.

Participaron en la elaboración de estas ideas los Dres. J. de Arteaga (Nefrología), Dr. M. Amuchástegui (Cardiología), E. Palazzo (Oncología), Lic. M. del C. Neira (Psiquiatría), padre Andrés (Sacerdote) y las Sra. Carlota López Achával y Lydia de Sipowicz, del Ministerio del Alivio.

Si bien los pacientes y profesionales pertenecen a servicios distintos, ellos comparten ciertas características:

- La percepción por parte de pacientes y familiares de enfrentarse a una enfermedad incurable, muchas veces terminal.

- La búsqueda por parte de ellos, en estos grupos médicos, de gestos terapéuticos espectaculares de escasa oferta en el medio (trasplantes, diálisis, quimioterapias complejas).

- La necesidad de tomar decisiones con consecuencias importantes sobre la calidad de vida, la familia, e incluso, la vida misma.

- La presencia de la muerte próxima o probable, percibida por pacientes, familiares y equipo de salud.

- La falta muchas veces de resultados positivos de los tratamientos efectuados, para una cultura del éxito o de la infabilidad médica.

- La relación simbiótica o "cautiva" que se establece entre pacientes y profesionales una vez iniciado el tratamiento.

Con distintos matices los profesionales reconocen en sus pacientes distintas etapas, o momentos de la relación frente a la enfermedad, que condiciona en parte la RMP: negación, enojo, fantasías, depresión, aceptación. Por otra parte los pacientes llegan y se comportan frente a estas enfermedades con las características de personalidad con que han vivido: reflexivos, miedosos, racionales, "vulgares", agresivos.

Por parte de los profesionales variadas actitudes: paternalismo, "profesor distante", autoritario, indiferente. El profesional enfrenta en definitiva a su paciente con sus propias circunstancias: personalidad, experiencia, conflictos, mecanismos defensivos propios.

Existe un consenso en todos los participantes del grupo respecto a la necesidad y obligación de brindar información veraz al paciente, considerado por algunos de los participantes como un principio axiomático, que debe incluso forzarse sobre el paciente. Sin embargo una encuesta realizada en pacientes oncológicos reveló que si bien los pacientes eran informados adecuadamente sobre el diagnóstico, persistían elementos de negación y quizás de ocultamiento en aspectos igualmente importantes como ser el pronóstico y las perspectivas del tratamiento. De la encuesta realizada no se podía establecer si esta desinformación del paciente, y generalmente de la familia, se debía a mecanismos de negación del paciente o a dificultades del médico para informar. Tampoco se podía abrir juicio sobre el impacto de esta situación sobre la forma de enfrentar la misma, y si favorecía los mecanismos adaptativos y de control de angustia.

Algunos miembros del grupo, y particularmente las personas consultadas más comprometidas con creencias religiosas, hacen particular hincapié en la crisis que observan en la RMP en lo que respecta a la consideración del paciente como "persona". Sienten al médico encasillado en un enfoque "técnico" del problema, olvidando que enfrenta a una persona, en quien la enfermedad es generalmente expresión de su cuerpo y de su parte espiritual. El enfoque terapéutico a realizar, tenga éste éxito, y sobre todo si no lo tiene, exige tener en cuenta y profundizar en estos aspectos espirituales.

Existe consenso que la RMP en la actualidad no es ajena a los problemas de la época: falta de tiempo, problemas económicos, falta de libertad en la elección de médicos y pacientes, aumento de la litigiosidad real o potencial, relajamiento de ciertos principios éticos tradicio-

nales.

Los cambios culturales y sociológicos producidos alejan a la medicina actual de modelo paternalista, llevándola hacia la valorización de la autonomía del paciente. Este modelo seguramente más inclinado a preservar los derechos de los pacientes a ser informados adecuadamente, para poder así participar en las decisiones vinculadas a su salud, presenta riesgos: por ejemplo la implementación sistemática y compulsiva de modelos de consentimiento informado, a veces motivado por una necesidad de protección del profesional frente a la litigiosidad reinante, puede no ser oportuno, ni adecuado, para el paciente en particular. Por otra parte frente a situaciones particularmente dramáticas, y súbitas, como un diagnóstico de enfermedad neoplásica en un niño, o de un paciente joven, la actitud paternal, firme, del profesional actuante, podría ser de ayuda al paciente o familiar en esta situación.

La falta de una adecuada RMP impactaría incluso la calidad de la atención técnica brindada, dado que favorecería en los pacientes el incumplimiento de las indicaciones médicas (falta de “compliance”), la automedicación y la búsqueda de medicinas alternativas o no ortodoxas, tan frecuentes, particularmente en oncología.

Se plantea la inquietud de si el paciente se debate entre la mencionada tendencia a resaltar la autonomía y derechos del paciente a ser informado objetivamente de su problema para que pueda tomar la decisión que cree más conveniente, y la persistencia de necesidades de pensamientos mágicos, irracionales, que se expresarían en que el 50 % de los pacientes encuestados en oncología afirman recurrir a medicinas alternativas no ortodoxas.

Una mención especial merece la situación que se enfrenta con los pacientes en quienes la expectativa del recurso heroico, como los trasplantes, se ve frustrada por imposibilidades de origen médico (como falta de un dador posible u oportuno), y sobre todo por eventuales dificultades administrativas. Evitar esta desgraciada situación impone a los profesionales la necesidad de mesura y prudencia al formular las estrategias terapéuticas y su factibilidad.

La naturaleza de las situaciones médicas manejadas

por los integrantes de este grupo de trabajo resalta seguramente el valor que adquiere la RMP en este contexto (pacientes con enfermedades incurables, crónicas, mortales), en donde una valoración y adecuado conocimiento de la persona -enfermo se torna indispensable para el ejercicio del acto médico. Quizás debemos considerar lo que el Dr. Isaac Luchina llama un salto epistemológico de la “enfermedad” al “enfermo”, personalizando la atención médica y considerando aspectos globales de la persona enferma. Esto permitiría acortar la distancia que a veces se establece entre el criterio médico de eliminar una enfermedad y el concepto o necesidades de salud del paciente.

Preocupan las dificultades que se avizoran al intentar compatibilizar esta medicina “personalizada” con la imparable tendencia mundial de protocolos, estandarizaciones, costo-beneficio, reducciones de costos, e importancia creciente en la toma de decisiones por parte de administradores y empresas.

El manejo de la información, particularmente en esta población de pacientes, constituye un problema cotidiano y un ingrediente fuerte en la RMP. Si bien en los últimos 20 años se asiste a cambios importantes en la disposición de los profesionales a brindar información a paciente y familiares, en especial de aspectos diagnósticos, la información parece incompleta en lo que se refiere a aspectos pronósticos y de algunos aspectos de los tratamientos sugeridos o efectuados. Una completa información comprendida claramente por el paciente impone a familia y profesionales responsabilidades de afrontar nuevas y difíciles situaciones, muchas veces eludidas.

Las dramáticas circunstancias de la enfermedad terminal, el ocaso de una vida, de un proyecto, manejado dentro de un contexto de RPM ideal, debería ayudar al paciente y su familia a elaborar positivamente la experiencia, y reemplazaría el frecuente “no hay nada más que hacer” por una experiencia dolorosa pero inevitable, seguramente con “mucho por hacer”.

El manejo y la forma de afrontar relaciones interpersonales en situaciones difíciles, como las que presentan los pacientes de este grupo, se encuentra librada a profe-

sionales que no hemos sido preparados, por lo general, técnicamente para ello. Lo hacemos con nuestro muy limitado bagaje de conocimientos teóricos, escasa práctica adecuadamente supervisada en situaciones de este tipo, heterogéneas lecturas autodidactas y fundamentalmente con nuestra personalidad y particular forma de ver los problemas. Así como parece imprescindible considerar actualizaciones de contenidos de enseñanza en lo que respecta a aspectos de biología molecular y ciencias básicas para que nuestro estudiantes afronten la medicina de hoy, quizás debemos considerar reforzar en el currículo médico la formación de aspectos éticos, humanísticos y psicológicos.

Bibliografía consultada

Alvarez, H. Neira, M. del C. y Palazzo, E. Aspectos sicosociales en el paciente oncológico. Experiencia Médica 10:4, 1992.

Marsillac, S. de. La comunicación de la verdad en cancerología. En Impacto psicológico del cáncer. Editorial Galerna, 1978.

Krant, Melvin, en Cancer, the behavioral dimensions. Raven press, New York, 1974.

Kubler-Ross, E. sobre la muerte y los moribundos. Editorial Grijalbo, 1972.

Luchina, L. La relación-médico paciente en cancerología. En Psicología y cáncer. Editor Schavelzon, J., Editorial Hormé, 1965.

Schavelzon, J. Paciente con cáncer. Editorial Científica Interamericana, 1988.



*Lo que hagas sin esfuerzo y con presteza,
durar no puede, ni tener belleza
Plutarco*

SOBRE LA VERACIDAD MEDICA

Dr. Roberto Madoery (*)

Quizás no haya punto más debatido y difícil, al menos en su alcance, que el de la veracidad en la relación médico-paciente (RMP).

¿Cuál es el por qué? ¿el qué informar? ¿el a quién y el cómo informar?. Las siguientes son simples reflexiones sin pretensiones de establecer recetas o normas.

¿El por qué?: El paciente "se abre" a su médico, en cuerpo y alma; tiene derecho a la verdad y el médico, que debe estar él comunicado con la verdad, tiene que responder a esa exigencia; y no sólo del diagnóstico y la terapéutica cuanto de un pronóstico. Respetar este derecho permite al paciente ordenar su vida futura, la de sus familiares, y en momentos cruciales, dar a su vida un sentido definitivo.

¿El qué?: Sobre el recuerdo de que nuestra legislación no contempla estos aspectos, las opiniones son diversas y van desde los que sostienen **toda la verdad** al paciente hasta los que sugieren que sea **la verdad** que a criterio del médico podría modificar una decisión substancial; de no ser así estiman que constituye un elemento importante de ansiedad o depresión por lo que podría ser obviada. Esa verdad, ansiógena o deprimente coliciona con la función del médico de confortar.

¿El a quién?: Si bien todo paciente tiene derecho a la verdad, no es menos cierto que no todo enfermo desea se le diga en forma absoluta y aún habrá los que con esta verdad cruda y total el médico se arriesga a no poder ayudarlo más, pues habrá socavado la relación con su paciente. Es importante recordar que el paciente transmite mensajes, deberíamos tratar de captarlos, desechando algunos, seleccionando otros: en general siempre hay petición de auxilio. Por ello se hace imprescindible tratar de comprender la psicología del enfermo: qué tipo de paciente tenemos adelante para actuar en consecuencia.

Las circunstancias concretas de cada caso nos advertirán si el aviso debe hacerse al paciente, o a un familiar allegado. El fin es: lo que más pueda ayudar. Habrá situaciones de familiares que nos solicitan callar la verdad al

paciente, que es competente y estimamos podría afrontarla: aunque nos resulte gravoso, el médico no debe ceder, aceptando quizás atenuantes o escalonamiento de la información.

¿El cuándo?: Algunos moralistas sostienen que el **avisar a tiempo**, al momento de presentarse el peligro aún probable de muerte próxima, o bien se trata de un peligro de muerte permanente, el médico tiene **la obligación de avisar al propio enfermo: no lo exigen las leyes sino es ley natural, o mejor, digamos caridad.**

Esta **situación es gravosa** para el médico porque **el mismo no ha trabado relaciones con la verdad de la vida y la muerte** y por ello no siente en sí fuerza suficiente para enfrentarse a esta verdad justamente con el enfermo.

Ordinariamente el médico frente al fenómeno de la muerte toma la actitud de un cruzado que lucha contra un enemigo poderoso, invencible. Pero esta actitud de cruzado, como dice Kasper, no encara las cosas con ecuanimidad, se siente idealista frustrado, no admite la derrota y se resiente la relación médico-paciente. Pero si encaramos la muerte como un hecho natural, como el acto final de la vida, las consecuencias son otras: mejor relación médico-paciente, mejor capacidad para resolver las fases y facetas de la muerte.

¿El cómo informar?: El aviso debe ser claro, que se pueda comprender; debe guiarnos la prudencia, el tacto y la habilidad. Si el diagnóstico es ominoso, puede ser preferible revelar la situación gradualmente. Quizás lo más importante no es lo que se dice, sino cómo se lo dice, guardando máxima reverencia por las creencias, por el terror, por la dignidad, por la fe o aún por la incredulidad.

Bibliografía consultada

- Agrest, A. *Medicina*. (Buenos Aires) 1995; 55:173.
Asua, C. *RP. Deontología Médica*. UCC, 1982. Córdoba.

(*) Servicio de Cardiología - Hospital Privado

LA RELACION MEDICO PACIENTE (RMP) EN LOS PACIENTES CON RIESGO QUIRURGICO O INSTRUMENTAL

Visión de un cirujano general

Dr. Daniel Allende (*)

El cirujano y la RMP

Aunque la cirugía es un método terapéutico y, por excepción, diagnóstico, la relación cirujano-paciente es la de un acto médico real.

Muchas veces es una RMP transferida; de una relación mantenida por años con su médico de cabecera quien en determinado momento lo deriva a un cirujano, inicia con él una nueva y quizás fugaz relación (mientras dure el proceso que origina la consulta especializada). El médico de cabecera debe preparar esta transferencia; el cirujano tiene doble obligación: con el enfermo y con el médico de cabecera.

La relación comienza y sigue a través de la **historia clínica** (verdadero pilar de la RMP) y el diagnóstico (si lo hay). La historia puede ser realizada por el cirujano, o él agregar las notas pertinentes y observaciones, que pueden ser útiles para la táctica, las decisiones, el seguimiento, y para el anestésista.

Tanto el diagnóstico como la táctica terapéutica (procedimientos, consecuencias, complicaciones y secuelas posibles) son discutidas con él, informadas al enfermo y/o familiares, máxime si aquel no está en condiciones de comprender. Es necesario decirle la verdad (total o parcial), no engañarle, haciéndola comprensible pero no cruda ni agresiva.

La cirugía es agresión y, por lo tanto, es importante conocer la opinión del enfermo y el miedo al acto quirúrgico (invalidez, anestesia, muerte). La autorización para los procedimientos, dada en forma oral o escrita, debe figurar en la historia clínica.

La confianza es un ingrediente importante en la relación cirujano paciente. Sin embargo, debe destacarse que en general, subsisten cuatro niveles de confianza:

- a) médico de cabecera;
- b) cirujano;

c) anestésista (ahora también, radiólogo intervencionista);

d) patólogo, radiólogo, transfusor, laboratorista.

La RMP en función del riesgo quirúrgico

El riesgo quirúrgico, es decir, la aparición de complicaciones o eventos adversos como consecuencia del procedimiento operatorio, afecta la consistencia o solidez de la RMP, en este caso, cirujano-paciente.

El riesgo puede ser normal, disminuido o aumentado. Los eventos adversos pueden ser inesperados o esperados, y estos últimos, posibles o muy poco probables. La solidez puede ser endeble, sin consistencia, o casi inmovible. Entre los extremos hay grados intermedios, que se suceden o se alternan en el tiempo.

La RMP tiene que ver con aspectos muy disímiles, pero a los cuales hay que dedicar el máximo interés, y para ello, predisponerse de la mejor manera. Sin empatía es imposible no descuidar algunos de ellos. Empatía es esa "experiencia interna de sentir en otro y comprender desde ella la situación de otra persona".

En el cuadro adjunto, se indican los cuatro aspectos de la relación de empatía, que permiten al médico.

- a) conocer al enfermo;
- b) conocer la enfermedad;
- c) administrar los recursos necesarios;
- d) tomar decisiones.

La RMP debe tener en cuenta principios fundamentales para el manejo del paciente, e incluye como elemento ineludible el juicio de los resultados del acto médico.

En el manejo del paciente, quizás lo más importante es mantener la coherencia entre todos los participantes del equipo. Con cada enfermo se debe decir, decidir y hacer determinados actos, disposiciones y palabras. Es primordial, por lo tanto, qué se dice, qué se decide.

(*) Ex Integrante del Servicio de Cirugía General - Hospital Privado

Los resultados son juzgados por uno o más médicos, a lo largo del tiempo. Es importante para la validez y la corrección del juicio: quién evalúa; cómo se hace; cuándo se hace; quién opina.

Los resultados también son juzgados por el enfermo, quien saca conclusiones sobre los mismos de acuerdo al mayor o menor bienestar logrado a la dolencia previa.

Es apropiado al final, expresar con el Dr. Agustín G. Caeiro: "*En sí, el acto médico constituye una unidad. Por las características de sus componentes y por su trascen-*

dencia, es un acto íntimo interpersonal, con profundas proyecciones sociales. El enfermo es una unidad viva, que se presenta al médico, condicionada por tres factores esenciales: la enfermedad que padece; la personalidad del enfermo; la exigencia de curación".

Bibliografía consultada

Caeiro, A.G. *Del hombre y de su formación*. E.G. Biffignandi SRL, 1981. Córdoba.

*Espero tener siempre suficiente firmeza y virtud para conservar lo que considero que es el mas envidiable de todos los títulos:
el caracter de Hombre Honrado.*

George Washington



VISION DE UN CIRUJANO CARDIOVASCULAR

Dr. Roque Córdoba (*)

Ética es la parte de la filosofía que trata sobre las relaciones de los hombres, no concernientes al orden jurídico, sino al fuero interno y al respeto humano. Las normas y reglas éticas son admitidas y aplicadas en un momento y sociedad determinados, por lo que se infiere que es una conducta dinámica, de allí se diferencia con los fundamentos morales; no obstante que la ética es parte de la moral. Cuando una sociedad produce cambios en su conducta ética, estos van precedidos de crisis y cambios sociales, educacionales, económicos, etc. que llevan a una modificación cultural, siendo ésta finalmente quien induce al cambio de las normas éticas.

Estas reflexiones sirven para analizar y comprender algunos aspectos de la relación médico paciente (RMP), especialmente en las actividades quirúrgicas complejas. Hasta hace algún tiempo el análisis y discusión sobre la indicación quirúrgica de un procedimiento cardiovascular, como así también de los riesgos de su mortalidad, se planteaban en forma indirecta para el paciente adulto. Se prefería interlocutores allegados al mismo, esto si bien tenía un teórico y muy bien interncionado beneficio, había un parcial conocimiento de la magnitud de la enfermedad, que en definitiva es el vínculo de la RMP. Es decir el vínculo era parcial o lo que se podría llamar defectuoso.

Hay una creciente necesidad de compromiso del paciente y su médico para tratar una grave enfermedad. Esta tiene que ser comprendida en la mejor forma posible y es deber del médico brindar toda la información lo más entendible que se puede para que el enfermo y su más estrecho vínculo lo comprendan y asimilen en su real magnitud. La verdad -que es un fundamento moral- no puede ser parcializada, pero teniendo cuidado con las actitudes alarmistas, que lo único que generan es pánico: éste puede causar igual o más daño que la indiferencia del desconocimiento.

De esta RMP debe quedar para el médico, la firme convicción que el enfermo tiene un real compromiso con su enfermedad y asumió responsablemente las indicacio-

nes del tratamiento, y para el paciente, la seguridad que ha recibido una información real y sincera, que su médico se ha comprometido con su enfermedad, en definitiva que tiene auténtica confianza y esperanza en el tratamiento.

La omnipotencia, que como la describió Herberto Marcuse, es la fantasía del poder, es una de las grandes tentaciones en las que puede caer un cirujano y es seguramente la generadora de graves conflictos en la RMP y médico-médico, puesto que ella genera primeramente ilusiones que se anteponen a la realidad y nada es peor para frustrar que la desilusión de la omnipotencia.

El sustento científico debe acompañar a las expectativas que nuestra información crea en los enfermos y sus familiares. Es necesario que todas y cada una de nuestras aseveraciones lleven el soporte del conocimiento; puesto que la buena intención no modifica en nada a la injusticia del acto: justificar acciones en nombre de la buena intención procrea inautenticidad.

La actitud del médico ante la muerte inminente de su enfermo es uno de los más difíciles y frustrantes hechos que debe asumir. Nadie es proclive a este evento, aunque todos sabemos que es el último de la vida y mucho más para quienes sufren una grave enfermedad o asisten a quien lo padece. La siempre traumática información que el médico deberá llevar a los allegados de su paciente tendrá mayor o menor aceptación y entendimiento en relación directa al vínculo médico-paciente que supo llevar y fortalecer en el transcurso del tratamiento y al grado de compromiso mutuo manifestado durante el accionar del médico. El mejor consuelo que tienen los deudos y el médico es tener la más absoluta convicción que todo se hizo apropiadamente.

Cabe finalmente lo que Matthias Claudius le escribía a su hijo Juan: "*La verdad, querido hijo, no se acomoda a nosotros, sino que nosotros debemos acomodarnos a ella*".

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Cardiovascular - Hospital Privado

VISION DE UN CIRUJANO UROLOGO

Dr. Sergio Metrebián (*)

La relación médico-paciente (RMP) en cirugía puede ser menoscabada por **factores inciertos** causados por:

* Los resultados de la acción médica propiamente dicha, referidas a:

- la preparación preoperatoria;
- el procedimiento quirúrgico mismo;
- los procedimientos posoperatorios.

* La interacción personal entre médico y paciente vinculada específicamente al acto quirúrgico.

* Actitudes y conductas del paciente ante complicaciones posibles de la intervención, inmediatas o mediatas.

La RMP -también para el urólogo- **queda o perdura** más allá del procedimiento quirúrgico y sus resultados; se afianzan o no con ese paciente, y, a través de él, con futuros pacientes.

La RMP en cirugía urológica pasa por distintas alternativas, algunas de las cuales suponen la participación -además del paciente- de la esposa o de algún familiar o allegado. Dichas alternativas pueden tener que ver tanto con la función urinaria como con la función sexual. Ellas son:

- Preparación clínica, quirúrgica o médica.
- Explicación.
- Consentimiento informado (ver anexo 1).
- Acto quirúrgico.
- Evolución posterior: estado físico y psicológico.
- Destino de la RMP.

A continuación se detalla qué sucede en algunos de los momentos enumerados anteriormente y qué implican los mismos.

La **preparación clínica** preoperatoria del paciente permite actualmente asumir las complicaciones con disminución de la mortalidad operatoria, importante en otras épocas. Corresponde a esta etapa el análisis del estado sexual del paciente (físico y psicológico) antes de la intervención. La preparación clínico-quirúrgica incluye la

(*) Servicio de Urología - Hospital Privado

evaluación del anestesiólogo, y por lo tanto, el inicio de esa otra RMP que ocasiona el tratamiento quirúrgico.

Realizada la evaluación correspondiente, se **explica** al paciente todos los detalles inherentes a la cirugía.

- naturaleza y pronósticos del procedimiento.
- naturaleza y pronósticos de los procedimientos auxiliares;
- los beneficios en expectativa;
- los riesgos de complicaciones que pueden eventualmente producirse como consecuencia inmediata o mediata de la presentación;
- el riesgo anestésico (lo explica el cirujano y el anestesiólogo);
- los procedimientos para salvar situaciones imprevistas;
- tratamiento hasta el alta.

Hechas las explicaciones, el cirujano y el anestesiólogo, en oportunidades distintas, **contestan preguntas y esclarecen dudas**.

Una vez establecida la RMP aconsejable, previo al acto quirúrgico, y cumpliendo con los pasos referidos se requiere la firma del **consentimiento** quirúrgico (ver anexo 1). Este documento explicita y refrenda, actos, explicaciones, contestaciones y aclaraciones, efectuadas entre el médico y el paciente. Además, de la constancia de compromisos asumidos, por médico y paciente, referentes a:

- reglas de la medicina y medios conformados a ellas;
- reglas de la ética y medios conformados a ellas;
- criterios de médico responsable;
- medios idóneos;
- garantía de resultados;
- muestras para fines investigativos;
- trabajo médico en equipo.

También queda constancia que el paciente ha leído el documento y ha comprendido el contenido. Este acto mé-

dico-jurídico y de interpelación humana, que termina en el consentimiento informado y escrito, incluye un testigo que participa y firma.

Después de todo lo actuado, se produce la acción médica (terapéutica) propiamente dicha, que consiste en el **acto quirúrgico-anestésico** y la **evolución posterior** con los resultados a la vista y las vivencias correspondientes.

Como conclusión de todo lo actuado y vivido por los equipos médicos y el paciente y su familia, la RMP quedará afianzada o no, y entrará en su **destino** posterior. Se habrán cumplido muchas de las potencialidades positivas o negativas que encerraban la vinculación de ese cirujano urólogo con ese paciente afectado en sus vías génito-uritarias. Del predominio de unas o de otras de estas potencialidades y la forma de asumirlas, dependerá la ruptura o la perduración de esta RMP.

ANEXO 1

Yo..... autorizo
por el presente al Dr.....
y a su equipo actuante, a realizarme.....

Dejo expresa constancia de que me han sido previamente explicados en forma clara y comprensible la naturaleza y propósitos del procedimiento autorizado, de los beneficios en expectativa y de los riesgos de complicaciones que pueden eventualmente producirse como consecuencia inmediata o mediata de la prestación médica autorizada, riesgo anestésico y tratamiento hasta el alta correspondiente, contestando mis preguntas y esclareciendo mis dudas.

Consiento en la ejecución de las prácticas médicas y procedimientos auxiliares expresamente autorizados, como también los que conforme a las reglas de la medicina y la ética, los profesionales actuantes considerasen necesarios para salvar situaciones imprevistas en el curso de.....

Consiento expresamente en la administración de aquellos anestésicos que puedan ser considerados necesarios o convenientes a criterio del médico responsable y conformados a las reglas de la medicina los médicos tratantes y sus equipos se han comprometido a utilizar todos los medios idóneos, éticos y conformados al arte de curar, sin que ello implique garantía sobre los resultados.....

Autorizo la retención, preservación y uso con fines investigativos de las muestras que se puedan extraer durante el procedimiento autorizado.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente todo el contenido del presente y que los espacios libres han sido rellenados antes de mi firma.

Firma.....

Fecha.....

Testigo Opcional.....

VISION DE UN ANESTESIOLOGO

Dr. Roberto Paganini (*)

La buena relación médico-paciente (RMP) en anestesia es tan importante como en cualquier otra rama de la medicina asistencial. Existen, sin embargo, algunos hechos que le confieren características propias.

1. El paciente llega mal predispuesto anímicamente a la entrevista con el anestesista.

Existe un **desconocimiento** generalizado de qué es la anestesia, al extremo que muchos ignoran si es un médico quien la administra.

Por otra parte, hay un **temor**, también generalizado, por el riesgo que corre quien es sometido a esta práctica médica. La referencia por familiares o amigos de problemas que tuvo algún pariente o desconocido durante una anestesia o como consecuencia de ella, lo mismo que la difusión por la prensa de accidentes y juicios por "mala praxis", han contribuido a crear este clima. Es frecuente escuchar, en la entrevista pre-anestésica, que los enfermos o sus familiares refieran temer a la anestesia, no a la operación. Otros tiene un temor que no pueden explicar, "a lo desconocido".

La mayoría tiene **dudas** de cómo va a despertar: si va a hablar cosas inconvenientes o si es posible que revele secretos íntimos, si sufrirá dolor o si tendrá vómitos en el período posoperatorio, etc., etc.

2. Causas de relación imperfecta anestesista-paciente.

La relación del anestesista con el paciente es, en la mayoría de los casos breve, limitada a la entrevista pre-anestésica. A esto se agrega que habitualmente el enfermo no elige al anestesista; éste será el que habitualmente trabaja y es de confianza del cirujano.

Dado que la anestesia quirúrgica no es diagnóstica ni terapéutica, el hecho lógico resultante es que los pacientes no concurren al hospital para recibir anestesia, sino para ser tratados de su enfermedad, y la anestesia es vista como un riesgo que se agrega como "un mal necesario".

3. Consecuencias.

El anestesista que no visita su paciente antes de la operación, no se hace conocer como médico, no lo informa en qué consiste la anestesia y no disipa sus temores, dudas, aprensión o desconfianza. Esto condiciona que muchos enfermos lleguen al quirófano en un estado de estrés no confortable con fármacos. Sin embargo, y a pesar de que se informe y medique adecuadamente, habrá un grupo importante de enfermos que mantendrán sus miedos o desconfianza. He visto en la mesa de operaciones, pacientes casi dormidos por la sedación pre-anestésica, que al día siguiente nada recuerdan de lo ocurrido, con la piel pálida, fría, sudorosa, taquicárdicos, hipertensos.

Si el anestesista no se presenta como médico suele suceder que se lo tome como parte de los **servicios del hospital** (médicos internos, enfermería, etc.) y se cuestiona sus honorarios. Se ha dicho irónicamente que del anestesista muchos enfermos sólo conocen el monto de la cuenta.

El acto médico ha variado en el tiempo: de una relación de confianza entre médico y paciente, hasta ser en la actualidad casi "un contrato con obligación de resultados". No se aceptan accidentes ni complicaciones imprevistas. La anestesia no escapa a esta situación, y es considerada actualmente como la de mayor riesgo asegurable. El anestesista que no cumple con todos los requisitos que hacen de la administración de anestesia un acto médico (visita pre-anestésica, nota de la historia clínica, ficha anestésica, etc.), es fácilmente imputable legalmente.

4. Qué debe hacer el anestesista.

El anestesista debe tratar de establecer el mayor grado de acercamiento que pueda conseguir con el paciente, para establecer un grado razonable de confianza. Para ello la entrevista preoperatoria debe ser más que una breve "visita social" en la que el anestesista saluda, se presenta, conversa banalidades y le desea "buenas noches" al paciente. Conocer la historia clínica y el examen físico

* Ex Jefe de Anestesiología - Hospital Privado.

realizados por el clínico y el cirujano; levantar una historia y examen físico, orientados a anestesia, el pedido de análisis o estudios complementarios, si fueron necesarios y hacer las recomendaciones e indicaciones relacionadas a la anestesia, demostrarán al enfermo que el anestesista está compenetrado de su enfermedad, que su atención es personalizada, no standard.

En esta entrevista es conveniente inducir al paciente a hacer preguntas sobre sus dudas y temores, en lugar de dar explicaciones sobre cosas que a veces lo intranquilizan en lugar de calmarlo.

Si el enfermo lo pregunta, no debe negarse el riesgo que conlleva la anestesia, por bajo que este fuera, procurando no asustarlos.

El consultorio de anestesia evita que los pacientes de cirugía ambulatoria lleguen al quirófano sin entrevista pre-anestésica.

En casos de urgencia debe realizarse una historia y

examen someros, exponiendo los riesgos al paciente y familiares.

5. A pesar de que se cumplan estas recomendaciones subsistirán, en general, tres niveles de confianza en la RMP quirúrgica:

- * médico de cabecera
- * cirujano
- * anestesista



*Si quitáramos la ambición y la vanidad,
¿Dónde quedarían los heroes y los patriotas?
Séneca*

VISION DE UN HEMODINAMISTA

Dr. Emilio Crespo (*)

Introducción

La relación médico paciente (RMP) ideal es aquella que permite al médico conocer la persona del enfermo y su enfermedad, y así acceder, en consecuencia, a tomar las decisiones pertinentes aplicando los recursos técnicos apropiados.

Naturaleza de la especialidad

Los estudios hemodinámicos y angiográficos son procedimientos cruentos, de diferente grado de complejidad, que tienen como propósito definir, confirmar y documentar la sospecha del diagnóstico clínico de una enfermedad cardíaca o vascular.

Su naturaleza es cruenta ya que para lograr su cometido el médico se vale de sondas o catéteres que son introducidos en el interior del organismo con el empleo de anestesia local, en un paciente adecuadamente preparado.

Todo procedimiento hemodinámico comporta un riesgo. El mismo generalmente se vincula con la patología intrínseca del caso, con la fase que cursa el proceso, con el tipo y duración del estudio programado, con la cantidad de material de contraste utilizado, y por cierto, con el estado actual del paciente, entre otras cosas. En consecuencia, el riesgo podrá ser bajo, moderadamente elevado o alto, en función del cuántum de variables arriba mencionadas. Por una simple matemática bayesiana, el grado de prevalencia determinará la probabilidad de aparición de eventos adversos.

Los eventos adversos o complicaciones pueden ser mayores o menores. Los primeros incluyen cirugía o muerte, en tanto que los otros son de fácil solución.

La presencia de un evento adverso mayor en un caso de elevada prevalencia, es un hecho, si se quiere, esperado y de relativamente fácil aceptación, habida cuenta de la existencia de una adecuada RMP. En tanto que la misma situación en un contexto de baja prevalencia, es una verdadera catástrofe que difícilmente aceptará el enfermo, y mucho menos la familia, aún en presencia de una

sólida RMP.

En el primer caso, se trata de un problema de relativamente fácil solución, mientras que en el último, es muy probable que el problema vire aceleradamente hacia la perspectiva de un grave conflicto.

Casi nunca el hemodinamista es el médico de cabecera de sus pacientes. Más aún, no debiera serlo nunca, ya que de este modo se convertiría en referente de sus propios enfermos.

Este aspecto crítico de vinculación puntual, fundado en la eficacia, como es la que tienen los hemodinamistas con sus pacientes, no significa necesariamente superficial, ya que la RMP no tiene que ver tanto con el tiempo dedicado a la misma, cuanto a la calidad del tiempo que se empleó para lograrla.

Es un trabajo necesariamente en equipo o en colaboración entre clínico-hemodinamista-cirujano. Esto debe quedar bien claro cuando se habla de la naturaleza de la especialidad. Este hecho configura la RMP del hemodinamista, del clínico y del cirujano. Esto obliga a los tres equipos a coordinar los principios y su forma de aplicación que rigen los tres aspectos siguientes:

- * conocer la persona del enfermo y su ambiente;
- * conocer la enfermedad y el organismo del enfermo;
- * conocer las acciones médicas según las patologías y sus técnicas.

Para el hemodinamista existen tres momentos de acción médica:

- * antes del procedimiento;;
- * durante el procedimiento;
- * después del procedimiento;

Dinámica de la relación

I. La visita del médico previa a un estudio hemodinámico, debe ser de naturaleza empática, pero también de índole esclarecedora, de modo tal, que el paciente al final

* Jefe de Hemodinamia - Hospital Privado.

de la entrevista no sólo debe conocer someramente lo que se le va a hacer en la intimidad de su organismo, sino que debe quedar convencido que el estudio que se le va a efectuar es absolutamente necesario en términos de justificación y de relación riesgo-beneficio.

El riesgo debe ser comunicado siempre al paciente y a sus familiares, a la luz de la prevalencia de ese caso y de los datos estadísticos de los trabajos de grandes series de los centros más calificados del mundo.

Esta crítica vinculación puntual exige por parte del médico el desarrollo de un hábil manejo en donde se combinan la realidad con las fantasías del paciente, lo racional y lo instintivo, el concepto de riesgo en relación con las consecuencias posibles. Además, el médico manejará serenamente la aprehensión del paciente frente a este tipo de estudios, resaltando y sopesando el valor de la información que se obtendrá, frente al riesgo que implica dejar su enfermedad librada al curso de su historia natural.

Es a través de este mecanismo empático de franca relación humana, de conocimiento e información, de desmitificación de pre-conceptos, de despejar gradualmente el miedo a lo desconocido, en el que el paciente libremente deposita su confianza. Es recién entonces cuando el médico se encuentra en condiciones de actuar.

Ese diálogo, le es muy útil al médico puesto que le permitirá demostrar al paciente el conocimiento acabado que tiene de su caso. Ello se hará a través de la lectura de sus antecedentes en la historia clínica, a partir de las notas de su médico de referencia, de haber revisado cuidadosamente los estudios y análisis que habitualmente traen los pacientes, y además, por el hecho de conocer la medicación que está tomando y de todos los detalles relacionados con su enfermedad. Eludir este paso hace impensable cualquier tipo de intervención, por simple que ella sea, ya que el paciente que no tuvo la oportunidad de depositar su confianza, actúa en soledad y en medio de la incertidumbre, con una actitud defensiva, más bien proclive al rechazo.

II. Durante el estudio, el médico es literalmente todo. En él, el paciente no sólo ha depositado su confianza si-

no también su vida. De ahí la tremenda responsabilidad del hemodinamista. En esa circunstancia el médico deberá limitarse a advertir al enfermo las pequeñas molestias que irá sintiendo durante el curso del estudio. Además, el operador será parco y sólo cada tanto se limitará a dar palabras de aliento sobre la marcha del estudio y elogiará su buen comportamiento. Y a medida que corre el tiempo, prometerá la pronta terminación del mismo. Eventualmente el médico puede invitar al paciente a presenciar las imágenes en la pantalla del televisor, hecho que sólo debe hacerse si el mismo demostró algún interés especial, o simple curiosidad. El médico y su ayudante, por razones obvias, evitarán todo comentario relacionado con la índole de su enfermedad, sobre su severidad y pronóstico, o simplemente sobre la conducta terapéutica ulterior.

III. Por último, una vez procesada y analizada la información obtenida, los profesionales intervinientes, conjuntamente con los clínicos y los cirujanos, unificarán el criterio para que la información que le llegue al paciente sea simple adecuada y congruente. De allí, nace la necesidad de unificar la información pero también surge el concepto de "vocero", vale decir, aquel profesional que se encargará específicamente de transmitirle al paciente, de forma oficial y definitiva, lo que éste padece y las alternativas terapéuticas posibles. Esto último, es de gran importancia ya que una información inadecuada, retaceada, incongruente, o lo que es peor, discordante, plantea al paciente nuevas dudas que van a retardar todo el proceso, debido a la necesidad de mayor y mejor información. Este es un tema que hace a la metodología de manejo de la RMP cuando ésta se da en el contexto de una medicina interdisciplinaria institucional, siendo esta última la que se ve afectada cuando el accionar carece de coordinación.

Lo expuesto no sólo nos da la pauta del inestimable valor de la RMP considerada como herramienta, sino que es la clave sin la cual no existe posibilidad de medicina exitosa. Y este hecho tan simple a menudo lo olvidamos.

EL MEDICO COMO PACIENTE

Dr. Horacio López (*)

El punto de partida es la relación médico-paciente (RMP), pero en donde alguien, por arbitrio de una eventualidad (la enfermedad), debe colocarse en un plano que no le es ajeno ni desconocido y que habitualmente es objeto de su mirada y preocupación, pero regido esta vez por reglas de juego y propósitos distintos, y a quien la ansiedad lógica de la enfermedad como drama pone a prueba su búsqueda de eficacia.

Los hábitos del médico

En general, todo médico-paciente no sólo ha orientado con la búsqueda de eficacia su práctica frente a la enfermedad, sino que también ha construido con ella mucho de su identidad.

De por sí la enfermedad como drama, es decir, el sufrimiento experimentado, los síntomas sentidos, representan un ataque a la personalidad de todo enfermo. Es frecuente que el médico-paciente también aprecie las consecuencias de la enfermedad sobre los distintos niveles de equilibrio, tanto en lo físico como en lo psíquico, y, por lo tanto, trate él mismo y/o colabore en restablecer o mantener los distintos planos de ese equilibrio, indispensables para la propia lucha contra la enfermedad.

El médico enfermo

Se trata de un médico acostumbrado al manejo de la llamada "disociación instrumental", es decir, poner algo de distancia respecto a la problemática que lo convoca, para así poder mirar con más discriminación y objetivar no sólo los vaivenes de la enfermedad misma, sino ya las demandas de un sujeto sufriente. Aquí el médico enfermo no desconoce la concreción y fines de este movimiento que se coloca frente a él, pero en virtud de la objetividad de la que hablábamos, no se lo incluye globalmente sino sólo instrumentalmente.

El médico que trata al médico enfermo

En este caso, lo cambiante del comportamiento habitual del médico quizás esté en relación al esfuerzo, discrimi-

minación y objetivación, que el mismo médico necesita desplegar. Aquí es posible que se desarrollen fantasías y temores en relación al control y fiscalización de su rol, puesto que al menos en su subjetividad, el médico tiene menos certeza acerca de la pasividad del otro (su circunstancial paciente) y de la propia autoridad, dos cuestiones siempre entrometidas que es posible que se potencien dado que ambas no le son extrañas.

Influyen en el comportamiento tanto la estructura psicológica como el objetivo que quiere alcanzar con su tratamiento.

Situación ideal

También puede ocurrir que el "aquí y ahora" de la situación misma se desarrolle en un marco de participación mutua y recíproca donde existen roles definidos y diferenciados, pero sin que marque subordinación y/o supremacías.

Todo puede ser bien conducido si se da en el marco de una RMP donde el médico tratante debe saber que él puede influir hasta por el simple hecho de cómo hacer partícipe al propio paciente en el proceso mismo de la enfermedad.

Bibliografía consultada

Foucault, M., *El nacimiento de la clínica*, Ed. S. XXI, 1987.

Hollender, M.H., *The psychology of medical practice*. Filadelfia, Saunders, 1958.

Israel, L., *El médico de cara a la enfermedad*, Ed. Des-sart, 1968.

Schenider, P.B., *Psicología aplicada a la práctica médica*, Ed. Paidós, Bs. As., 1986.

(*) Servicio de Psiquiatría - Hospital Privado.

LA RELACION MEDICO-PACIENTE (RMP) EN LOS ROTULADOS COMO PACIENTE DIFÍCIL

El paciente difícil

Dr. Enrique Caeiro (*),
Dr. Ricardo Pieckenstainer (**)

Hay situaciones prácticas y cotidianas que podrían acercarnos a la definición de paciente difícil desde la perspectiva de la RMP.

Probablemente la más frecuente de todas sea la falta de confianza por parte del paciente con su médico, ya sea por ocultamiento u omisión de datos durante la entrevista, la dispersión de los síntomas o el incumplimiento de las indicaciones médicas, lo que envicia el razonamiento, despista al médico y dificulta la RMP.

No pocas oportunidades son aquéllas en las que el médico se enfrenta a una patología compleja y difícil, de complicado diagnóstico o situaciones en las que no se llega a un diagnóstico definitivo; durante todo el proceso el médico transmite al paciente y a sus familiares todas sus dudas y ansiedades, las cuales son devueltas a través de objeciones y recriminación de incumplimiento, lo que frustra aún más al médico.

Para entender los matices o mecanismo por los cuales un paciente es o se hace difícil deben efectuarse algunas consideraciones preliminares.

La simpatía o empatía es la base de un RMP fructífera. Empatía o simpatía es pasar la cerca del lado del paciente y quedarse allí para entenderlo y vibrar con él, volviendo de este lado de la cerca cuando es necesario el razonamiento o la objetividad. No pasar la cerca es falla de comprensión, no retornar tiene el peligro de un subjetivismo no científico.

La empatía-simpatía es entonces no sólo una emoción o sensación que nos identifica con el enfermo sino también un instrumento curativo. Los pacientes no traen síntomas "vacíos" sino llenos de expectativas, miedos, ansiedades; esto puede generar en el médico una barrera que lo separe del enfermo.

Estas sensaciones evocadas en el médico por el paciente varían desde enojo-rechazo por ansiedad hasta admiración, todas las lógicas o esperadas, pero que deben ser manejadas o reguladas para no perturbar la objetividad.

Un hecho importante en la relación médico enfermo y en la empatía-simpatía son los mundos de suposición muchas veces diferentes del médico y el enfermo. No siempre somos conscientes de la diferencia de estos mundos de suposición. Es algo parecido pero no idéntico a lo que se llama contexto socio cultural: depende no sólo de la estructura social-familiar-ambiental sino además de la personalidad de cada uno.

La comunicación en la relación debe ser bidireccional y para el médico debe ser informativa (con datos aprovechables), promotora (de acción, de razonamiento) y evocativa (de hechos o experiencias anteriores que ilustran sobre la actual).

Uno de los componentes importantes de la RMP es lo que puede llamarse sexto sentido, o experiencia emocional en el médico, provocada por la actitud o relato del paciente.

Puede ser fundamental para el diagnóstico o tratamiento cuando los hechos objetivos son equívocos o inconclusos. Es frecuente y quizá comentable que la enseñanza y la praxis de la medicina, tal como están planteadas, tienden a alejarnos del sexto sentido.

Hay controversia o duda sobre si la empatía-simpatía-sexto sentido pueden ser enseñados o aprendidos en la enseñanza de la medicina. De lo que estamos seguros, es que pueden ser transmitidos en la relación maestro-discípulo.

El realizar la historia clínica es el mejor campo para ejercitar la función simpática o empática.

Quizás la causa más común de lo que podemos llamar

(*) Jefe del Servicio de Clínica Médica

(**) Médico Residente (M3)

paciente difícil es una falla de la empatía-simpatía-sexto sentido. La otra causa corriente de paciente difícil es la personalidad del paciente. La personalidad puede definirse como un modelo duradero de experiencia interior y comportamiento afectando áreas cognitivas, afectivas, de relación con otros y de control de impulsividad.

De acuerdo a estos criterios se diferencian una serie de trastornos de personalidad. Los trastornos de personalidad son frecuentes en la comunidad y quizás afecten al 10 % de la población de consultorios o de pacientes.

Esto se ubica en la causa o el fondo de muchas presentaciones de enfermedad, o modifican las características de una enfermedad orgánica concreta.

Podría decirse que el paciente difícil es quien por la naturaleza de sus problemas, o por su personalidad o por nuestras fallas, nos presenta a su enfermedad como desorganizada. Cuando alguien se enferma y hasta cierto momento, la enfermedad se comporta como desorganizada, con el enfermo sufriente, con fantasías y temores y el médico sin diagnóstico, con inseguridades y vacilaciones.

En cierto punto, la llegada o definición del diagnóstico hace que el médico adquiera seguridad y estimule a que el paciente asuma el rol de enfermo, con las ventajas e inconvenientes que esto trae. El paciente difícil posterga o impide la aparición de este modelo de enfermedad organizada.

Es opinión de algunos que hay 3 tipos de pacientes difíciles:

1. el médico como paciente y su familia (consideración aparte);
2. pacientes difíciles como persona y como pacientes. Son detectables con el test de Minesotta;
3. pacientes con patologías complicadas o raras; éstos últimos quizás sean en los que se requiere la atención conjunta del médico de cabecera y el equipo de Salud Mental.

Nuestro consejo para que el paciente difícil no altere la relación médico-enfermo es el esforzarse al máximo en la empatía-simpatía y de considerar sólo a nuestras fallas y no a los errores del paciente.



A MODO DE SINTESIS Y REFLEXIONES FINALES

La conceptualización de la RMP hasta no hace mucho tiempo se concebía como una díada, o “cuasi díada” de acuerdo a Lain Entralgo. A no mucho andar, la misma dió paso al concepto de triada o triángulo, en uno de cuyos ángulos se encontraba la familia. En la actualidad, con la incorporación de las instituciones y de su papel trascendente, se agregó un ángulo más, formando una tetrada: médico-paciente-familia e institución.

Una serie de factores contribuyen a empañarla: **el temor a la mala praxis** por el estado de litigiosidad imperante; **la desconfianza** hacia los médicos y la medicina; **la medicalización de la vida** reintante. A veces, **la no libre elección** del facultativo; **la despersonalización** por el trabajo en equipo que imponen ciertas áreas (salas de emergencia, guardia, cuidados intensivos, áreas de trasplantes de órganos), en fin, el disconformismo con la remuneración económica.

Esos son **factores externos** a los médicos, pero los hay inherentes a la persona como tal. Un hecho importante son **los mundos de suposición**, muchas veces diferentes, del médico y del enfermo. No siempre somos conscientes de la diferencia de estos mundos de suposición. Es algo parecido, pero no idéntico, a lo que se llama contexto socio-cultural: depende no sólo de la estructura social-familiar-ambiental, sino además, de la **personalidad** de cada uno, que es el modelo duradero de **experiencia interior y comportamiento**, tanto del enfermo como del médico.

También dependen de la persona como tal, lo que podría llamarse los **factores inherentes accidentales**: el médico apurado, el “profesor”, el médico técnico solamente (se puede ser técnico pero humano); el médico seductor, el médico especulador (le importa “el caso”).

En la RMP aparecen variaciones temporales que van desde aquella imagen histórica de la medicina clásica que se fundaba en un modelo de ecuación asimétrica: de un lado, la figura descollante y paternalista del médico, en

Dr. Agustín E. Caeiro*, Dr. Emilio Crespo ** y Roberto Modoery ***

tanto que del otro, la humilde y menesterosa persona del enfermo. En la actualidad, el paternalismo médico cedió paso al concepto de beneficencia, mientras que la autonomía desplazó progresivamente la menesterosa figura del enfermo.

Las distintas especialidades de la medicina, por su misma naturaleza, determinan variaciones cualitativas en la RMP. La problemática del adolescente no es igual a la del geronte: el primero busca fundamentalmente comunicar hechos y circunstancias con privacidad. No menos es la necesidad del geronte, quien además se acompaña de la constante preocupación ante la posibilidad de una institucionalización futura.

El enfermo agudo, en emergencia, plantea al médico y al equipo médico un nivel de adecuación que debe ser objeto de consideración muy especial, máxime cuando está consciente. El grado de angustia del que cualquier enfermo es portador, se multiplica en ellos y obliga una explicación de todo el proceso con palabras de aliento, las veces que fuera necesario.

La RMP puede ser objeto de transferencia pasiva: tal el caso de un clínico que presenta su enfermo a un especialista, con motivo de un procedimiento intervencionista. Esto permite al nuevo médico trabajar sobre un terreno ya ganado, a condición de no defraudar la confianza depositada por el médico de cabecera y aun por el paciente.

Existen situaciones especiales, de compleja medicina, en donde el paciente gradualmente adhiere su confianza a grupos interdisciplinarios de trabajo. Tal el caso de los enfermos que van a ser sometidos a trasplante de órganos. Confían no ya en su médico original, sino que ahora adhieren al grupo de trabajo sustitutos. Sin más, se transforman naturalmente en acérrimos defensores de la causa.

El riesgo quirúrgico existe siempre. Minimizarlo o magnificarlo es un error que desajusta las expectativas del paciente y de sus familiares, en relación a la aparición de un evento adverso.

De hecho existiría una relación inversa entre la mag-

* Clínica médica - Hospital Privado.

** Jefe de hemodinamia - Hospital Privado.

*** Servicio de Cardiología - Hospital Privado.

nitudo del riesgo quirúrgico y la solidez de la RMP. Menor posibilidad de un evento adverso, mayor el desconcierto frente al mismo.

El enfermo es hoy partícipe de su curación. Es elemento activo y debe ser informado, él y sus familiares, de todo el proceso que conlleva su diagnóstico-tratamiento.

El consentimiento informado termina en un documento que explicita y refrenda, actos, explicaciones, contestaciones y aclaraciones, efectuados entre el médico y el paciente.

Es un acto médico-jurídico y de interrelación humana, que también deja constancia de compromisos asumidos, por el médico y el paciente, referentes a reglas y medios éticos, reglas y medios médicos, y características del trabajo médico y sus resultados.

El **paciente difícil**, resultado a veces de un mal manejo médico o del equipo médico; otras veces, en virtud de su propia personalidad, abre el camino hacia un tratamiento integrado con el apoyo del grupo de salud mental.

La atención del propio médico, cuando éste se convierte en paciente, no resulta fácil tampoco, ya que él (nosotros) debe (debemos) colocarse en un rol y una secuencia que le son desconocidos en el habitual manejo de la RMP. Obviamente que su adecuación dependerá en gran medida de la estructura psicológica del nuevo paciente.

La RMP ideal implica una consubstanciación del médico en la problemática de salud del enfermo, a fin de recorrer juntos y de una manera eficaz el camino necesario para lograr su restitución.

Una valoración y adecuado conocimiento de la **persona del enfermo** se torna indispensable para el ejercicio del acto médico. Quizás debamos dar un "salto epistemológico que vaya de la enfermedad al enfermo" (L. Luchina), personalizando aspectos globales del ser humano en trance de enfermedad. Esto permitiría zanjar la distancia que a veces se establece entre el criterio médico de eliminar sólo una enfermedad, y el concepto individual del paciente en relación a la salud.

Una sólida o adecuada RMP es quizás el arma más poderosa con que cuenta el médico que tiene que restituir la salud a sus pacientes y sirve de contención ante even-

tuales problemas de praxis. Los eventos adversos son un componente fortuito de la medicina moderna que surgen en el momento que menos se los espera. En ese trance es cuando la RMP despliega la majestad de su poder, derivando la situación hacia una actitud comprensiva y de aceptación gradual. No contar con esa herramienta en esos momentos críticos, deriva el problema a una situación de encono creciente, y de consecuencias irreversibles.

El logro de una buena RMP no tiene tanto que ver con el tiempo dedicado a la misma cuanto a la calidad del tiempo que se empleó para lograrla. No obstante, saber escuchar implica inversión de tiempo, y no pocas veces, lo único que agradecen muchos enfermos es que se los haya escuchado.

Se impone a los profesionales la necesidad de mesura y prudencia al formular las estrategias terapéuticas y su factibilidad, ante imposibilidades que pueden frustrar expectativas del paciente respecto a procedimientos curativos de tipo heroico.

Frente a situaciones particularmente dramáticas y súbitas, como es el caso de un diagnóstico de enfermedad neoplásica en un niño o en un paciente joven, la actitud paternal y firme del profesional podrían ayudar a mitigar el dolor, recorriendo conjuntamente un camino de frustraciones sucesivas, cuyo final el médico conoce de antemano.

El médico, frente a las dramáticas circunstancias de enfermedad terminal, el ocaso de una vida, de un proyecto -manejándose en el contexto de una RMP ideal-debería poder ayudar al paciente y a su familia, a internalizar positivamente esta experiencia, dolorosa pero inevitable, sobre la base de sustituir el frecuente "**no hay mas nada que hacer**" por un seguro y firme "**hay mucho para hacer**".

La RMP comienza, sigue y se plasma en la historia clínica, verdadero pilar de la misma. La historia clínica es acción, es registro y documento; expresa claramente quién es cómo es el médico, y a su vez hace lo propio con la condición del paciente. Ella contiene, al ejecutarla, lo que se dice, lo que se decide y lo que se hace; expresa

también los resultados. Hace posible el trabajo en equipo y el de los sistemas de comportamiento social que constituyen las instituciones. Es el lugar donde queda asentado, según la metodología propia, la evaluación del grado de comprensión del paciente y la constatación de los valores del mismo.

Sin el registro de la historia clínica la RMP se esfuma, no perdura, es intransferible. Elude la evaluación científica de la acción médica y el análisis jurídico de la misma. Deja de brindar una ayuda y un amparo para el médico y el enfermo.

Así como parece imprescindible considerar actualizaciones de contenidos de enseñanza en lo que respecta a aspectos de biología molecular y ciencias básicas para que nuestros estudiantes afronten la medicina de hoy, quizás debemos considerar reforzar en el currículo médico la formación en aspectos éticos, humanísticos y psicológicos.



*Los tres fundamentos del aprendizaje: mirar mucho,
sufrir mucho y estudiar mucho.*

Catherall

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Dr. Enrique Caeiro (*)

Varón de 66 años que ingresa el 09/11/95 por debilidad de miembros inferiores y trastornos esfinterianos.

Antecedentes personales patológicos: Alergia respiratoria. Diverticulosis. Episodio de hemorragia digestiva baja, severa, hacia 5 ó 6 años, requiriendo cuidados intensivos y transfusiones. Gota tofácea crónica.

Antecedentes enfermedad actual: 18 días antes de su ingreso presentó un cuadro de herpes Zoster cutáneo en región costal inferior derecha (D6-D7). Tras dos días de evolución de sus lesiones cutáneas comenzó con fiebre e intensa lumbalgia. Es internado en una ciudad cercana a Córdoba donde recibió analgésicos y antibióticos por un aparente cuadro de infección respiratoria (neumonía). Durante sus 7 días de internación evolucionó con deterioro de conciencia, severa debilidad en miembros inferiores y alteraciones del control de esfínter vesical (retención aguda de orina que requirió sonda vesical). Es dado de alta con sondaje vesical permanente y en incapacidad para mantenerse de pie. Al retornar los picos febriles la familia decide su consulta a nuestro hospital.

A su ingreso el 09/11 presentó: bradipsiquia. Lagunas amnésicas. Temperatura de 38,3°. TA 140/110. Rigidez de nuca. Kerning dudoso. Fuerza muscular francamente disminuída en miembros inferiores. ROT (Reflejo osteotendinoso) abolidos en miembros inferiores. Reflejo cremasteriano abolido. Se deja tratamiento con ranitidina y colchicina. Se retira sonda vesical.

10/11: Laboratorio normal (sólo GOT 46, GPT 101, Creatinina 1,23) Ecografía abdominal sin datos significativos. Líquido cefalorraquídeo: xantocrómico Glucosa 63, Pandy +++++. Proteínas 240. Células 85 (95 % linfocitos). Citología Clase I. Clínicamente sigue estable. Retención aguda de orina por la cual se coloca sonda vesical. Se agrega hidratación y Naproxeno. El paciente sigue febril.

11 al 12/11: Neurológicamente igual. Radiografía de tórax: dentro de límites normales. Podagra corregida con el tratamiento. Resonancia de médula espinal dentro de límites normales. Se agrega aciclovir endovenoso.

13/11: Paciente permanece subfebril.

14/11: Examen clínico sin variantes. Potenciales evocados superiores: ausencia de señal periférica en los cuatro miembros (compatible con polirradiculitis). Creatinina 0,83 y el resto de laboratorio igualmente normal.

Se solicita ELISA para HIV.

15/11: Se agrega incontinencia fecal. El resto igual.

16/11: ELISA positivo para HIV. Nueva punción lumbar: LCR xantocrómico Glucosa 48, Pandy +++, proteínas 148, células 140 (linfocitos 100 %). Aparecen crecientes alteraciones sensitivas en miembros inferiores.

17/11: ELISA negativo para virus de varicela zoster en LCR. Tomografía de cráneo con contraste; dentro de límites normales. CD 4: 342.

Relación CD 4 / CD 8: 0,41

18/11: Se inicia AZT (600 mg por día)

19/11: Urocultivo con desarrollo de *Pseudomonas* sensibles a Norfloxacin. Se inicia tratamiento con la misma, Progresiva definición del déficit sensitivo: Minimal Test: 6 puntos.

20/11: Profundización de la depresión del sensorio. Electroencefalograma; ligera desorganización difusa bilateral, sin focos ni paroxismos.

21 al 22/11: Sin grandes cambios clínicos. Candidiasis oral? Dermatitis seborreica franca. Llega serología Suero: Ig M anti CMV (negativo) Ig M anti VZV (negativo) Antigenemia P 24 (negativo) HBs Ag (negativo) Ig G anti Toxoplasma (positivo) Ig G anti VZV (positivo) LCR: Ig M anti VZV (negativo) Ig G anti VZV (positivo) débil.

22/11: Vómitos no proyectivos tras la ingesta. Diplopía. Nistagmo horizontal. Paraplejía flácida con nivel sensitivo en D 9. Disartria. Reflejo nauseoso negativo.

(*) Medicina interna - Hospital Privado.

Paresia lingual bilateral. Entre el sopor y el estupor. Meningismo igual. Se coloca sonda nasogástrica.

24/11: Nuevamente febril (38°) Disneico. Taquipneico. Rales bibasales p02: 42. Pasa a unidad de te-

DISCUSION

Frente a un cuadro neurológico es importante conocer si tiene ELISA positivo o no para HIV. En este paciente la serología preliminar positiva por ELISA hacen sospechar en virus de SIDA y aquí tiene importancia relevante la tranfusión de sangre hecha hace 6 años en Río Cuarto (Cba.) si considero que dicha tranfusión fue realizada sin serología previa. Dato que es importante a tener en cuenta ya que los controles de detección del virus en sangre se comenzaron a realizar entre el 89 y 90 aproximadamente en esa ciudad. Si supongo que los controles serológicos fueron hechos, podríamos haber estado en el período de ventana. Creo que como hipótesis es válida, pero lo que me llama la atención es que si considero a esto como SIDA tranfusional, por qué demoró tanto en aparecer y no tuvo antes enfermedades marcadoras. Una posible respuesta sería que el donante hubiera estado en el período de ventana (con poca cantidad de virus) comportándose como contagio sexual cuya enfermedad es de aparición más lenta.

Como segundo planteo si deseo valorar al paciente por el nivel de CD4 Linfocitos, con un conteo de (500 ?) nos indicaría SIDA estadio B o estadio C por su compromiso neurológico. Considerando estos valores es poco probable esperar las complicaciones relacionadas con el virus y/o enfermedades marcadoras.

Si me refiero a las posibilidades de afectación neurológica del SNP o SNC en relación al virus de SIDA tendremos:

Afectación de Sistema Nervioso Periférico (SNP). Generalmente se presenta con CD 4 menor a 500. Hay mononeuritis que puede aparecer durante la seroconver-

rapia intensiva con cuadro de insuficiencia respiratoria y mala mecánica ventilatoria. Oliguria. Sonda nasogástrica con débito porráceo. Estupor. Hipotensión refractaria. Desaturación progresiva. Bradicardia extrema.

Dr. Daniel David (*)

sión del período agudo afectando tanto el sistema sensitivo y motor.

LCR: linfocitosis.

CD 4 mayor a 500 aparece polineuropatía desmielinizante aguda (Guillen Barré) que responde aparentemente a una etiología autoinmune como la polineuropatía desmielinizante crónica.

CD 4 entre 200 y 500: aparece neuritis por herpes Zoster y la mononeuritis múltiples que puede ser precoz y generalmente benigna, evoluciona sola o desaparece espontáneamente.

CD 4 menor de 200 aparece mononeuritis múltiple asociada a CMV y polirradiculoneuritis ascendente también asociada a CNV.

Afectación del Sistema Nervioso Central (SNC). Aquí la presentación es más rica y complicada y frecuentemente como las que describiré a continuación.

Meningitis por Criptococo: ahora prácticamente no se ve por el tratamiento con Fluconazol, aparece con CD 4 bajos generalmente menores a 100. Lo llamativo es que el 40 % de los pacientes presentan cefalea. 1/4 de ellos presentan cuadro meníngeo. LCR: tiene pocas cél. 11, 12, 13, 16 Aumento de proteínas, disminución de glucosa. El diagnóstico se realiza con la coloración de tinta china.

Meningitis por Toxoplasma Gondii: Aparece por lo general con un nivel bajo de CD 4 (menos de 100). El paciente puede presentar signos de hemiparesia, la mitad muestra cefaleas, fiebre y confusión hasta el coma. El diagnóstico se hace por TAC o Resonancia donde es posible reconocer imágenes redondas con doble contraste causando efecto de masa. Afecta los ganglios de la base y

(*) Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos - Hospital Rawson - Cba.

a veces la zona muda. Hay buen pronóstico.

Linfoma primario de cerebro: También relacionado con el nivel de CD 4 y terapia retroviral han mejorado la calidad de vida. LCR: normal o aumento de proteínas y linfocitosis. Diagnóstico por TAC o Resonancia: imágenes irregulares, únicas acompañadas de localizaciones periventriculares.

Encefalitis por CMV: se presenta con CD 4 menores que 100 ó 50 de curso subagudo con delirios, confusiones, el 90 % aparece con apatía, 50 % con signos de foco. LCR: no hay aumento de cél. Cuando se afectan los ventrículos el cuadro neurológico muestra desorientación, parálisis de nervios craneales, retinitis por CMV. LCR: aumento de cél y proteínas. Resonancia: agrandamiento de ventrículos.

Hasta ahora estas 4 entidades las descartaría por el nivel de CD 4 que presentó el paciente a su ingreso al hospital.

Existen otras posibilidades de afectación del SNC como:

- Encefalitis por Tripanosomas: no tengo experiencia personal, pero el LCR se presenta con aumento de células, aumento de proteínas y disminución de glucosa.

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva: es una alteración de la sustancia blanca asociada al Papovavirus. Es de comienzo insidioso con focos múltiples, generalmente no suele haber alteraciones de la conciencia hasta su etapa final. LCR: normal. Resonancia: imágenes múltiples en sustancia blanca, subcorticales que no ejercen efectos de masa.

- Encefalitis por varicela Zoster: asociada a enfermedad de nervios periféricos. Resonancia y TAC similares al anterior.

Estas entidades tampoco me gustan para encuadrarlas en este caso.

- Afectación directa del virus del SIDA en SNC: al comienzo se presenta como meningitis aséptica. Tiene relación con la seroconversión. Aparece en las primeras semanas. Evoluciona bien y espontáneamente.

LCR: puede haber aumento de linfocitos y proteínas.

Etapas tardías: sin relación con el nivel de CD 4. Puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad o sea en

un período intermedio, antes o después de la enfermedad marcadora. LCR: aumento de linfocitos y proteínas.

RESUMIENDO: A mí me parece que el cuadro de este paciente comienza siendo encefalítico con claro y evidente compromiso del sistema nervioso central en una etapa inicial y posteriormente se instala un compromiso medular (hecho evidente por los trastornos vesicales y retención aguda de orina). Entonces me inclino a pensar que estamos frente a un ataque del sistema nervioso central y periférico por el virus del SIDA, habiendo comprometido el sistema simpático y médula lo que podría explicar quizá el desenlace final por probable parálisis de la mecánica respiratoria.

Otra posibilidad que se barajaría es haber adquirido una infección hospitalaria que no se vé con mucha frecuencia y como tercera posibilidad es que sea una neumocistosis del aparato respiratorio (parásito que vive en LCR y vías respiratorias).

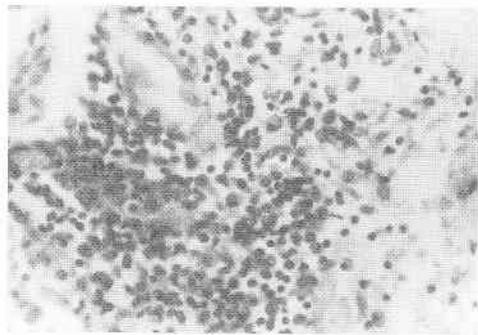


Fig. 1: Infiltración mononuclear (linfocitaria) perivascular y parenquimatosa

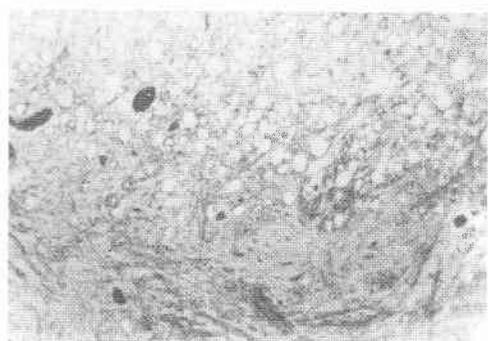


Fig. 2: Desmielinización y vacuolización neuronal

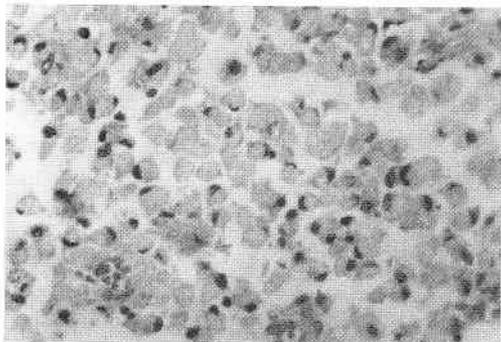


Fig. 3: Nódulos microgliales macrofágicos: muestran proliferación histiocitaria macrofágica



Fig. 4: Infiltración perivascular parenquimatosa cerebral

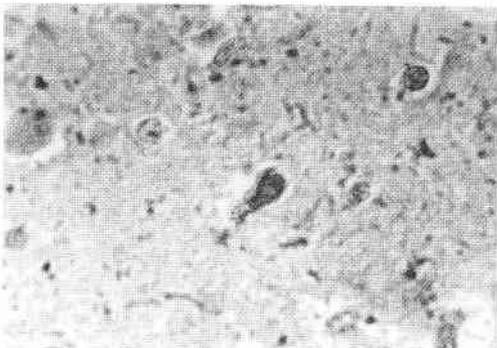


Fig. 5: Inmersión: Inclusión intranuclear positiva para herpes con inmunohistoquímica

OPINION DEL DR. SANTIAGO PALACIO

Creemos que tenía meningoencefalitis y mielitis por herpes Zoster porque antes había tenido un herpes Zoster intercostal dorsal derecho.

Al examen neurológico presentaba deterioro de la conciencia, paraparesia flácida, incontinencia esfinteriana, rigidez de nuca. Síndrome meníngeo. LCR: anormal; xantocrómico pleocitosis linfocitaria: 140 cél. Aumento de proteínas 240 - 163 en dos días diferentes.

Diagnóstico final: meningoencefalitis-mielitis por herpes Zoster. Enfermedad aguda de dos meses de evolución.

(*) Jefe de Neurología - Hospital Privado.

ANATOMIA PATOLOGICA

Dra. Carmen Sánchez (*)
Norma Canals(**)

26/11: Fallece.

Examen macrocópico: Cerebro edematoso que pesa 1.500 grs., presentando 200 ó 300 grs. más de lo habitual por lo que no se puede saber si tenía atrofia, aparentemente no porque las circunvoluciones son anchas y por el edema los surcos están casi borrados. Además hay intensa vasocongestión o aumento de la vascularización. Está presente una lesión meningoencefálica es decir infiltración de células mononucleares alrededor de los vasos en las meninges e intraparenquimatosas en todo el SNC, bulbo, protuberancia y médula. No se encontraron cuerpos de inclusión.

Hay una desmielinización difusa predominantemente en médula y bulbo. Hay lesiones en los núcleos grises donde se reconoce necrosis con macrófagos y pienso que es una lesión distinta que afecta tardíamente la sustancia blanca en la llamada leucoencefalopatía nodular progresiva.

En conclusión: Yo no puedo asegurar que sea meningoencefalitis por virus del SIDA o que se deba al herpes Zoster.

• En función de la sospecha clínico-patológico de padecer posible compromiso del SNC por herpes Zoster, es que se le realizó inmunomarcación para la detección del virus herpes. Si bien el anticuerpo utilizado no es enteramente específico para herpes Zoster, y sí la familia herpes, se encontraron cuerpos de inclusión intranucleares sumados a vacuolización citoplasmática en el cerebro y médula espinal. Estos hallazgos inmunohistoquímicos sumados a la necrosis parcelar, nódulos microgliales macrofágicos, desmielinización, compromiso cerebral parenquimatoso y vascular por un infiltrado de predominio mononuclear, encontrados en meninges y cerebro, hacen suponer que el paciente padeció de una **encefalitis por HIV sumado a compromiso por virus herpes Zoster** (aún sin ser ésta la causa de muerte).

(*) Jefa del Servicio de Anatomía Patológica - Hospital Privado.

(**) Adjunta Interina del Servicio de Anatomía Patológica y Citopatología - Hospital Privado.