



MEDICINA CLÍNICA DEL SIGLO XXI

El papel del médico en la sociedad



MEDICINA CLÍNICA EN EL SIGLO XXI

Francisco Xavier Bejarano Pilay
Viviana Alexandra Cárdenas Santos
Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano
Esther Elizabeth Esmeraldas Vélez
José Adolfo Solórzano Vélez
César Enrique Vera Sauhing
María Gabriela Lucin Salazar
María José García Cedeño
Steven Javier Berruz Alvarado
Wendy Gabriela Cevallos Pico





MEDICINA CLÍNICA EN EL SIGLO XXI

AUTORES

Francisco Xavier Bejarano Pilay

Médico

drfrank_estein@hotmail.com

César Enrique Vera Sauhing

Médico

csauhing@gmail.com

Viviana Alexandra Cárdenas Santos

Médico Cirujano

levivi_22@hotmail.com

María Gabriela Lucin Salazar

Médica

mariagabriela84@hotmail.es

Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano

Médica Cirujana

biuthycarvajal@gmail.com

María José García Cedeño

Médico Cirujano

dra.mariajosegc@hotmail.com

Esther Elizabeth Esmeraldas Vélez

Médico Cirujano

dra.esmeraldas@gmail.com

Steven Javier Berruz Alvarado

Estudiante de Internado;

*Universidad de Guayaquil Carrera
de Medicina*

steven_berruz17@hotmail.com

José Adolfo Solórzano Vélez

Médico Cirujano

dr.josesolorzano@hotmail.com

Wendy Gabriela Cevallos Pico

Médico

wendy_gabrielac@hotmail.com





MEDICINA CLÍNICA EN EL SIGLO XXI

REVISORES

Arcadio Vicente Cedeño Mero

Magister en Seguridad y Prevención en Riesgos

Laborales; Especialista en Cirugía General;

Doctor en Medicina y Cirugía

Universidad de Guayaquil

Karen Paola Villamil Zambrano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; Médico

Universidad de Guayaquil



DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES:

Francisco Xavier Bejarano Pilay
Viviana Alexandra Cárdenas Santos
Biuthy Lisseth Carvajal Zambrano
Esther Elizabeth Esmeraldas Vélez
José Adolfo Solórzano Vélez
César Enrique Vera Sauhing
María Gabriela Lucin Salazar
María José García Cedeño
Steven Javier Berruz Alvarado
Wendy Gabriela Cevallos Pico

Título: Medicina clínica en el siglo XXI

Descriptor: Ciencias Médicas; Investigación Médica; Clínica; Paciente.

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-787-50-7

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 174

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-787-50-7>



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Medicina clínica en el siglo XXI*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores



ÍNDICE

Prólogo	11
---------------	----

Introducción	13
--------------------	----

Capítulo I

Definiciones en la clínica tradicional	15
El médico en la práctica clínica.....	17
El paciente como objeto de la práctica médica	23
Observación de la enfermedad y sus manifestaciones	25
Práctica médica como ciclo enfermedad – curación.....	31

Capítulo II

La clínica actual de vuelta a los principios de la medicina.....	35
Ética médica antes y ahora	39
La interacción multidisciplinaria y la medicina clínica	42
Los derechos del paciente.....	47
La familia y el entorno cercano del paciente.....	51
Las nuevas relaciones médico – paciente	55

Capítulo III

Enfermedades crónicas y del nuevo siglo ameritan una nueva medicina clínica.....	59
Práctica clínica para el diagnóstico de las enfermedades crónicas.....	62
Elementos paraclínicos y exógenos al hecho médico	65
Medicina clínica en el tratamiento del cáncer	69
Medicina clínica en el tratamiento de la diabetes.....	73
Complicaciones de la diabetes	77
Medicina clínica en el tratamiento de cardiopatías	81
Medicina clínica en pacientes con discapacidad	84

Capítulo VI

Temas de Otorrinolaringología.....	87
Incidencia de la consulta en orl	89
Consultas comunes y enfermedades silentes de la otorrinolaringología.....	90
Diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño, una condición de la actualidad.....	91
Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica desde la infancia	100
Criterios quirúrgicos en orl.....	102



Capítulo V

Medicina clínica en el embarazo.....	107
Tratamiento del embarazo como condición de la mujer y de la familia	109
Desarrollo gestacional en condiciones de normalidad.....	111
Emergencias en el embarazo	119
Tratamiento y conducta clínica en caso de eclampsia y preclampsia	121
Tratamiento y conducta clínica en caso de diabetes gestacional	128

Capítulo VI

Los sistemas de salud y la medicina clínica	131
Sistema de salud pública y la práctica médica	134
Organización de los sistemas de salud públicos.....	136
Práctica clínica en el sistema público de salud.....	137
Sistemas privados de salud.....	141
La medicina clínica en emergencia.....	146
Conducta terapéutica en emergencia	148

Capítulo VII

Elementos y herramientas para la práctica de la Medicina clínica.....	151
La primera entrevista con el paciente y la elaboración de la historia clínica.....	154
Definición de la conducta terapéutica	157
Consideraciones para la recuperación de la salud del paciente	158

Bibliografía	165
---------------------------	------------



PRÓLOGO

Los retos de la sociedad actual ameritan profesionales cada vez más integrales y preparados para su cotidianidad, por lo tanto, actualizarse sobre la medicina clínica en el siglo XXI, es una tarea de todo el personal sanitario y en especial de los equipos médicos, pero en la era de la información y del acceso es conveniente que el conocimiento técnico llegue a toda la población de forma sencilla y comprensible, además es necesaria la sensibilización de todos en torno a la condición humana, que entre tantos avances tecnológicos hemos olvidado.

Este libro se propone invitar al lector a recuperar su sentido crítico y científico, pero desde la perspectiva de lo humano, recuperar la visión del médico como artista, como investigador, como ese hombre o mujer que desde su conocimiento se involucra íntimamente con todos cuanto atiende y lo hace respetando el sentido clínico y el conocimiento que le ha sido conferido desde la academia, pero que crece cada día con la experiencia y la evidencia que se presenta en su ejercicio profesional.

Contiene un lenguaje técnico y temas que son de interés para el avance de la medicina clínica en el nuevo contexto global, atrae al lector hacia la actualidad y le pone de cara al futuro, analizando su conducta práctica hasta el momento y contrastando con las realidades propias del ejercicio de este noble oficio. Le permite al personal sanitario, pero también al paciente y a su familia conocer el rol que cada uno tiene y debe conseguir dentro de la atención en salud.

Un llamado a la reflexión y a la creación de nuevas relaciones sociales dentro de la medicina, una invitación a entretejer las redes donde el paciente sea reconocido también como artífice de su salud, donde el sistema sanitario deje de crecer en aras del cumplimiento real de su objetivo supremo: la preservación de la vida en condiciones de calidad. Más que un compendio de secuencias metodológicas es un libro de cabecera donde el médico puede reencontrarse con su ser y con el llamado vocacional que sintió cuando tomó la decisión del servicio a la medicina.



INTRODUCCIÓN

La medicina clínica en el siglo XXI, amerita cambios fundamentales, el método clínico, la función del médico, la relación médico – paciente, la organización del sistema sanitario, son elementos cambiantes y dependientes de la organización de la sociedad, que en este siglo más que en cualquier otro se mueven a toda velocidad, generando nuevos patrones de conducta técnica para el ejercicio de la práctica clínica.

Hablar de medicina clínica en el siglo XXI va más allá de la descripción del método y se encumbra en la revisión de las leyes fundamentales de la medicina y los patrones socioculturales donde se desenvuelve el clínico. El cambio de paradigma social del paternalismo y la verticalidad ha tocado todas las esferas de la vida actual y ha hecho que todas las actividades migren o modifiquen también sus paradigmas de actuación. En el caso de la medicina, se encuentra en el avanzado modelo bioético de finales del siglo XX y el traspaso a la instauración de un modelo biopsicosocial, en el que las relaciones humanas priven sobre la conducta científicista y el objeto de estudio sea trasladado de la enfermedad al paciente y de allí a la humanidad y su complejo entramado de relaciones y modos de vida, que al fin y al cabo son los que definen la enfermedad o la salud.

Para ello se han estructurado 6 capítulos, desde las definiciones generales de la medicina clínica y las aplicaciones que históricamente se han realizado del método clínico hasta la visión de lo que debe ser el médico en la sociedad actual. En ese sentido, el primer capítulo aborda los temas generales de la medicina clínica, sus definiciones, la enfermedad, el paradigma de la medicina basada en la enfermedad, el método clínico y los intrincados procedimientos que debía tener el médico para ser considerado como un buen practicante de su profesión.

En el segundo capítulo, veremos cómo se está definiendo la medicina clínica actual y de qué manera se relaciona esta con el retorno a los pilares más básicos de la ciencia médica, en la que su prácticamente se entrega al estudio del paciente y de la enfermedad y donde los valores éticos se fun-



den con los propios de la sociedad, así como las relaciones que se generan nuevas relaciones dentro del sistema sanitario.

Durante el tercer se revisan las formas novedosas de la medicina clínica, en tanto el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, que son las epidemias del nuevo siglo, como la organización de los sistemas de salud, son los temas que marcan la práctica clínica y que son abordados desde la óptica del avance y de los cambios sociales. En el cuarto capítulo se desarrolla el tema de la otorrinonaringología como una especialidad médica que ha adquirido gran importancia en los años recientes, gracias a la concurrencia y prevalencia de afecciones propias de esta era de la historia humana como es la amigdalitis, la otitis y la apnea del sueño.

Posteriormente, el capítulo quinto versa sobre el control y tratamiento en el embarazo, cuyo desarrollo ha permitido aumentar la esperanza de vida de madre-hijo y reducir la mortalidad de ambos, así como lo interesante y relevante que es prevenir afecciones de las personas desde que están en el útero, tales como las medidas en la nutrición. Seguidamente el sexto capítulo no hace más que brindar las principales herramientas e instrumentos con los que cuenta el médico para su práctica clínica, dada la organización de los sistemas de salud y la morbilidad que atenderá en su mayoría. Finalmente, el séptimo capítulo no hace más que incitar al médico a transformarse y ser un ente transformador de la sociedad del siglo XXI, es una breve conclusión abierta donde se advierte la necesidad de un profesional diferente y en permanente cambio.

CAPÍTULO I

DEFINICIONES EN LA CLÍNICA TRADICIONAL





Antes de iniciar con las definiciones que se entran dentro de la medicina clínica, es necesario reconocer el concepto de esta en sí misma, siendo que, como lo exponen (Losada & Socías, 2016) “el razonamiento clínico es la forma de pensamiento aplicada al diagnóstico médico. Representa la fase racional del método clínico, a través de la cual el médico formula una o varias hipótesis y las somete a prueba para la confirmación del diagnóstico.” (p.1), entonces, como es comúnmente aceptado la medicina clínica, en relación con el razonamiento clínico, “es un saber práctico (Arte) con fundamento científico (Ciencia) al servidor del ser humano (Humanismo)”, tal como lo manifiesta Valdivieso (2004, pág. 1).

Desde esa perspectiva, la medicina clínica dista de ser parte de la modernidad, ya desde la antigüedad, los asirios y babilonios practicaban la revisión metódica de los enfermos, observando los síntomas y pronósticos de cada persona, llevando registros y analizando los esquemas de curación que podían aplicarse. Esto quiere decir, que la práctica médica, aun cuando no se ha presentado como la conocemos actualmente, ha tenido desde el principio un esquema metodológico de diagnóstico, curación y pronóstico para cada dolencia.

De esta manera, cada participante tiene un rol específico dentro del acto médico, y en este capítulo, se pretende revisar la función del médico, el paciente, la enfermedad y la práctica médica tradicionales, desde la óptica de la medicina clínica tradicional.

1.1. El médico en la práctica clínica

El primer participante en la práctica clínica es el médico, aunque desde el principio no haya sido conocido como tal y la medicina en la sociedad primitiva haya sido ejercida por los eruditos, chamanes, gurús, sacerdotes, curanderos e incluso brujos, algunos con una visión de investigación y otros orientados a la propia curación, dándole la configuración a la medicina clínica como el acto de observación del paciente en cuanto a sus sínto-



mas, tomando en consideración generalizaciones y conocimientos previos para determinar un diagnóstico y tratamiento que le darán al enfermo un pronóstico de curación o sobrevida.

En principio, el médico o curandero era considerado un sujeto infalible que, a través de la observación y la técnica, tenía la capacidad de vencer la enfermedad, el dolor y la muerte. Así, este personaje se constituye en el eje fundamental de la medicina, sin el cual no es posible determinar la causa y curación de las dolencias en cualquier individuo. Visto de esta forma, no es extraño que el médico en la clínica tradicional entonces cobre un papel preponderante e indispensable, con el que, llegada la modernidad se hizo incluso autosuficiente en su especialidad, poco requirente de apoyo de otras disciplinas o ciencias, pues este, debe tener capacidad de reconocer y evaluar todos los casos que se le presentan.

Sin embargo, la medicina clínica tradicional puede ser vista en dos grandes épocas, la antigua y la moderna, pues en cada una se marca una caracterización particular de su práctica. En la antigüedad, podemos hablar de una medicina basada en la integralidad y el análisis complejo visto como Aristóteleso Hipócrates, mientras que para la época moderna la medicina se vuelve al método cartesiano y en principio se apoya en otras ciencias, pero luego disgrega al sujeto en una colección de partes en las que se pretende facilitar el análisis individualizado de cada enfermedad. De esta forma el enfoque varía del individuo a la enfermedad, dentro de la clínica tradicional.

Entonces, el papel del médico en el ejercicio de la clínica tradicional se corresponde con el papel del investigador, que viene a buscar en el individuo a través de sus síntomas y de su narrativa, las causas y consecuencias de la dolencia que presenta, así como las diferentes opciones de alivio o sanación. Para ello, el profesional cuenta con diversas técnicas, que además en la actualidad se ayudan con herramientas tecnológicas. Dichas técnicas devienen de lo que comenta (Bishagratna, 1907):

“habiendo entrado en el cuarto el enfermo, el médico debe ob-

servar el cuerpo del paciente, palparlo con sus manos e inquerir sobre sus molestias. Varias autoridades afirman que estas tres forman todos nuestros medios para establecer las causas de la enfermedad. Pero esto no es correcto, ya que los cinco órganos de los sentidos, el oído, la vista, el olfato y el gusto, así como las preguntas orales, contribuyen materialmente a un mejor diagnóstico.” (pág. 74).

Como vemos, la clínica se consolida mediante la observación, la auscultación, el examen físico y el interrogatorio al paciente para lograr un diagnóstico adecuado, estas técnicas ayudan a inferir los síntomas y al mismo tiempo acertar en la curación de las enfermedades, además de generar un pronóstico adecuado.

En la actualidad, para el examen físico y la auscultación, así como para llevar a cabo un adecuado interrogatorio, el médico cuenta con una variedad de herramientas tecnológicas que ayudan en esta labor, los diferentes equipos muchos de ellos sofisticados e impensables para los médicos practicantes en la época romana o incluso a principios de siglo. Evaluar con el estetoscopio, los equipos ORL, el tensiómetro, e incluso los ecógrafos, tomógrafos, entre otros, ayudan en la labor de la conducta clínica de cualquier médico.

Además, en la actualidad el médico no es necesariamente quien revisa exhaustivamente cada uno de los fluidos o sentidos del paciente, aún cuando se sirve de estos análisis y continúan siendo indispensables para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades. Ahora se sirve de los laboratorios externos para realizar dicha labor, en contraste con las épocas pasadas en las que el médico realizaba directamente, no sólo el examen físico sino incluso microscópico de cada una de las funciones y excreciones del enfermo, para determinar finalmente los desequilibrios que este presentaba.

No quiere decir esto que el ejercicio de la medicina clínica se haya disgregado en varios profesionales, pero es la ocupación del médico, el



análisis de los resultados y no la práctica de la técnica mediante la cual se obtienen los valores relevantes. En ese sentido, las investigaciones previas han sido concluyentes en cuanto a cuál debe ser equilibrio de los diferentes sistemas orgánicos en el ser humano y por lo tanto, el médico busca las rupturas de dicho equilibrio.

Un buen médico, dentro de la medicina clínica tradicional es aquel que recibe al paciente con el objetivo de determinar las causas de su dolencia y poder mitigarlo, de allí que procede primero a la observación del individuo, para luego seguir con un interrogatorio sobre los síntomas que manifiesta, luego pasa al examen físico, guiado por la observación inicial y las indicaciones sintomáticas del paciente, y finalmente solicita la evaluación de los fluidos corporales mediante exámenes externos de sangre, orina, heces y cualquier otro que considere necesarios. De esta forma realiza un diagnóstico adecuado que le permite comunicar un pronóstico al paciente junto con el tratamiento y conducta a seguir para erradicar o sobrellevar la enfermedad.

No obstante, no es sólo la técnica la que debe acompañar al médico en su práctica clínica, en sentido tradicional, existen dos elementos fundamentales que deben formar parte de la medicina y estos son la empatía y la ética. Siendo esta última la de mayor relevancia para el ejercicio de esta profesión, pues es la que permite que el médico siga un código de conducta adecuado en el tratamiento de las personas que acuden a su auxilio.

La empatía ha sido definida como una de las cualidades humanas mediante la que un individuo es capaz de sentir o sensibilizarse ante el sentimiento o situación de otra persona. De esta forma, para el profesional de la medicina es importante generar empatía con sus pacientes en la medida que esto le permita identificar los síntomas para hacer un adecuado diagnóstico de la dolencia o padecimiento con el que se está presentando.

Para la medicina clínica tradicional, como lo indica (García, 2015) “la salud y la enfermedad son hechos biológicos sin carga emocional” con lo que la empatía se hace innecesaria para la práctica médica, más allá de la



comprensión del lenguaje o metalenguaje del paciente al describir los síntomas, estos que al ser reconocidos por el médico dentro de un esquema o patología, se hace una idea completa del resto de situaciones que seguramente estarán aquejando la salud del paciente y que a la larga se buscará mitigar mediante la conducta y tratamiento.

Esta separación o incluso desprecio por la empatía en la medicina clínica tradicional, permite al médico asumirse en rol de investigador, aislado de la realidad emocional tanto propia como del paciente, para establecer relaciones causa – efecto con mayor eficiencia. Así evita la elaboración de conclusiones basadas en juicios de valor o percepciones poco científicas de los hechos que el paciente le presenta.

Para la medicina clínica tradicional es importante que el médico se muestre humano, con una actitud curiosa, de escucha, de atención y observación al paciente, poniendo en funcionamiento sus cinco sentidos, más esto debe hacerlo sin involucrar sus propias percepciones emocionales sobre el dolor o el sufrimiento, o las características emocionales de la enfermedad de cada paciente o las manifestaciones clínicas que eventualmente pueden tener los sentimientos de este. Incluso, requiere observar y unirse a cada paciente estrictamente durante el tiempo que le es dedicado a la consulta, para posteriormente pasar al siguiente paciente, que tendrá de nuevo síntomas y signos de la dolencia que le aqueja.

Este trato, que pretende anular la empatía del médico hacia su paciente, pretende no menos que generar otro aspecto que es considerado de mayor relevancia para la clínica tradicional, y es la ética. El clínico, en aras de mantener su objetividad científica y para conseguir y mantener su estatus de investigador, erudito, dueño de la curación o al menos guía en la conducta a seguir para la curación de las dolencias físicas, debe entonces desprenderse de los llamados sentimentalismos hacia el paciente y entrar en una relación de cordialidad donde priva la ética y el código de conducta sobre el humanismo o la empatía.

Una muestra de ello está en el énfasis que se realiza a cualquier médico



para el seguimiento exhaustivo de su código de ética y su código de deontología médica. De estos, si bien cada país tiene la cualidad de redactar y legalizar su propios códigos, en virtud de las características propias de su Estado, todos tienen basamento en el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, Octubre 1949y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, Agosto 1968y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983y la 57a Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, Octubre 2006, el cual contiene de forma expedita los deberes del médico para con su profesión, los pacientes, la sociedad y sus colegas.

En Ecuador, el código de ética médica vigente desde 1.992, señala los deberes del clínico en todo momento, sin hacer alusión a la empatía o relación que pudiera generar con sus pacientes, más allá de lo establecido en su artículo 6, el cual menciona: “El Médico desde que es llamado para atender a un enfermo, se hace responsable de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo” (pág. 2), esto aunado a temas como la preservación del secreto profesional y la debida información al paciente y sus familiares sobre las condiciones reales del enfermo, nos indica el papel primordial que cumple la ética durante la práctica de la medicina clínica tradicional.

Esta ética, si bien no goza de una esmerada empatía o si quiera de la búsqueda del reconocimiento de los sentimientos o emociones del enfermo, si pasa por contener la cordialidad. El médico en su práctica clínica tiene el deber de mantener las formalidades sociales ligadas a la buena educación, ubicándose en mayor medida en el marco de un ejercicio objetivo pulcro ante los pacientes que son atendidos por el profesional. Dichas cualidades son las que han logrado sostener la profesión médica entre las más prestigiosas de la sociedad, no sólo porque su fin sea la loable misión de mantener la salud de los individuos, sino porque los esquemas mediante los cuales se busca preservar dicha salud se encuentran dentro de los estándares y convencionalismos sociales y científicos de gran valía.



1.2. El paciente como objeto de la práctica médica

El segundo actor fundamental en la práctica de la medicina clínica tradicional es el paciente, sin este no pudiera ocurrir el acto médico, es el enfermo quien le da sentido a la medicina, pues es quien se presenta ante el profesional a exponer sus síntomas en espera de un alivio orientado de manera científica, pero sobre todo eficaz. En la clínica tradicional el paciente acude al profesional de la medicina cuando siente manifestaciones de que algo anda mal, o cuando a través de alguna sintomatología sospecha de la existencia de alguna anormalidad en su funcionamiento.

De esta forma, el cuerpo es visto por el paciente como un sistema que tiene un esquema de funcionamiento que puede denominar como normal, algo similar a una máquina y por lo tanto los síntomas detectables son aquellos que afectan su desenvolvimiento cotidiano. Esto, aunado a que el médico es visto como el sujeto que aplica un método para llevar a cabo la curación, genera una relación vertical entre estos dos actores, dándole mayor relevancia al médico, quien es el encargado de dirigir el proceso de sanación.

Entonces, el paciente en la clínica tradicional no es más que un mero receptor de indicaciones, un individuo que acude en atención a alguna disfuncionalidad y que luego de explicar someramente lo que siente o cree sentir, procede a someterse a las indagaciones e indicaciones del médico, al cual no se le debe contrariar o contradecir, por cuanto llega a conclusiones mediante la aplicación de un método confiable para determinar las causas, consecuencias y soluciones a lo que le aqueja al enfermo.

Esta pasividad del enfermo en la clínica tradicional ha logrado que la responsabilidad sobre la enfermedad recaiga casi por completo en el médico, generando una relación paternalista, en la que el paciente es anulado en su voluntad o infantilizado, tal como lo describen (Lázaro & Gracia, 2006)

“Las pasiones oscurecen el entendimiento; los deseos acuciantes, las sensaciones de placer intensas, las tentaciones irresistibles,



bles han sido siempre enemigas de la serenidad y del recto juicio moral. Las grandes emociones enturbian la conciencia y relajan la voluntad y el control de los impulsos. Lo mismo ocurre con las pasiones negativas: la angustia, el miedo, el sufrimiento o la desesperación resultantes de una enfermedad grave son malas consejeras a la hora de realizar juicios de realidad y llegan a incapacitar al sujeto para actuar con lucidez y prudencia. Es difícil, por tanto, que un enfermo pueda tomar decisiones complejas, como es difícil que pueda hacerlo un niño. Y así como el niño confía en que su padre elegirá siempre lo mejor para él, el enfermo ha de confiar en su médico, que con sabiduría, rectitud moral y benevolencia elegirá siempre el mejor tratamiento posible. El médico ha de decidir en lugar del paciente y por el bien del paciente”. (pág. 8)

Entonces, el enfermo para la práctica clínica tradicional es efectivamente un paciente, un individuo que con respeto y serenidad entrega la confianza al médico para que este evalúe y determine las mejores formas de tratamiento que dicho paciente debe obedecer para el restablecimiento de su salud.

No obstante, desde mediados del siglo XX se tendría un paciente distinto, que no solamente obedece en términos de los deberes que el médico le impone, sino que exige ciertos derechos que le permiten conservar algo de la autonomía que considera merecer, sin que esto entorpezca con las actividades que el clínico indica para su curación. En esta medida, la nueva actitud del paciente guarda relación con los criterios de profesionalismo y ética del médico, a quien se le imponen deberes que tiene que cumplir respecto a todos sus pacientes.

Así, para el paciente comienza a ser fundamental el derecho a la información, conocer las características de su dolencia, los posibles efectos de su tratamiento tanto a corto como en el largo plazo. Incluso, se le otorga al paciente la facultad de decidir con qué médico acudir para el tratamiento de su enfermedad. Sin embargo, no deja de ser un paciente, en el sentido



de que una vez tomada esta decisión y cumpliendo el médico con la premisa de la información suficiente, entrega totalmente la confianza en una relación que continúa siendo vertical, en la que el clínico decide la conducta a seguir sobre las dolencias de un enfermo que, aunque informado, presumiblemente, no se encuentra facultado para regir o participar activamente en su proceso de curación.

Es importante destacar que la información requerida por el paciente en este caso, está orientada a los tres aspectos más fundamentales para el conocimiento de su estado: el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. El diagnóstico, referido a qué es lo que le aqueja específicamente, el tratamiento como conducta a seguir y el pronóstico en tanto al seguir dicha conducta cuales son las expectativas de remisión de la enfermedad o características de la sobrevida que el paciente puede esperar, tanto al seguir como al no seguir el tratamiento. Así el paciente está en capacidad de decidir finalmente si concurre a la estrategia que el clínico le está presentando o si asume para sí las consecuencias de no tratar la enfermedad que le aqueja.

Entonces, para la medicina clínica y podríamos afirmar que para la medicina en general, cuyo método es el clínico, el enfermo, si bien es un actor necesario para su ejercicio, no es fundamental en tanto sus derechos no trascienden el de la mera información, estando sometido al principio de que es el médico quien puede controlar y dirigir la sanación o mitigación de cualquier dolencia.

1.3. Observación de la enfermedad y sus manifestaciones

La medicina clínica surge como resultado del uso de un método científico en la medicina, el método clínico, este no es más que el establecimiento de un procedimiento particular para determinar el estado de salud de un paciente determinado y sus posibilidades de recuperación, tal como lo reflejan (Rodríguez & Pino, 2015):



“El conocimiento científico propio de las ciencias médicas utiliza una forma de razonar para lo cual aplica un método, el método clínico. Este se ha sistematizado a través del tiempo como un orden– método para abordar la problemática de salud y de enfermedad de los individuos” (pág. 542)

Como un todo, el método clínico viene a consolidar la relación médico – paciente dentro del paradigma tradicional de la medicina. Conformar el puente que reúne a ambos actores y los encausa con el objetivo de generar la solución adecuada al problema médico: la enfermedad. De esta manera, la relación médico – paciente y los esquemas adoptados en ella dependen en gran medida del uso del método clínico – científico para la determinación de las enfermedades y su curación.

Ahora bien, conocido que el paciente centra su atención en explicar sus síntomas y recibir la información adecuada por parte del clínico, quien se encarga de determinar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del primero, es necesario que este, tenga a la mano los procedimientos necesarios para llevar a cabo su labor de la manera como le es exigida: científicamente.

Entonces, la práctica de la medicina clínica tradicional se basa en la aplicación del método clínico para llevar a cabo sus objetivos: el de la erradicación o mitigación de las enfermedades. Siendo la enfermedad el centro de la práctica médica, por lo que el médico centra su atención en la observación de esta, a través del objeto clínico que está representado por el paciente.

Durante el último siglo, el avance de las tecnologías y la acelerada investigación ha permitido el conocimiento de nuevas afecciones y nuevas medidas de curación de cada una de ellas, por lo que, en primera instancia, el médico debe intuir que se encuentra ante lo sencillo y de allí ir escalando en complejidad hasta dar con el diagnóstico adecuado. Muchas veces, es necesario tan solo acudir a las técnicas y herramientas básicas de observación, mientras que otras, es indispensable recurrir a exámenes externos

o con la ayuda de tecnologías para determinar en primera instancia la dolencia que el paciente está presentando.

En aras de un abordaje desde lo sencillo a lo complejo, el médico se vale de un catálogo de enfermedades con sus síntomas y tratamientos a seguir, con el que va a evaluar los síntomas que el paciente trae a la consulta. Por eso, es indispensable en primera instancia el reconocimiento de los pasos o procedimientos del método clínico para la observación de la enfermedad. El diagnóstico clínico deviene de una serie de actividades que el profesional debe de realizar y que para son las etapas del método científico aplicado en la práctica clínica (Carvajal, 2010)(Rodríguez & Pino, 2015):

- Existencia de un problema: trastorno o pérdida de la salud, motivo de consulta.
- Búsqueda de información básica: interrogatorio y examen físico, es decir, la confección de la historia clínica individual.
- Formulación de hipótesis o conjeturas: el o los diagnósticos presuntivos. Deben estar bien definidos, tener un fundamento científico.
- Diagnóstico presuntivo sometidas a contrastación: mediante el estudio de la evolución del paciente y los medios diagnósticos (uso de la tecnología a nuestro alcance)
- Confirmación, negación del diagnóstico (hipótesis) o surgimiento de nuevos problemas.

Tomando en consideración estos elementos, el médico inicia su práctica clínica desde que el paciente que ingresa se presume enfermo, este primer paso permite observar en el individuo que acude a la consulta las posibles manifestaciones de situaciones anormales en su salud, por lo tanto, al existir el problema, comienza la labor investigativa del médico análogo a lo que puede hacer un criminalista para determinar las razones y culpables de un crimen.

Establecido que existe un problema, se procede a indagar sobre cuál es



particularmente la situación anormal, para ello, son dos las herramientas básicas con las que cuenta el clínico: el interrogatorio y el examen físico. Este paso no puede parecer realizado al azar y está orientado a reconocer las manifestaciones del problema de salud que el individuo está presentando. Quiere decir, que las preguntas no deben tener discrecionalidad, sino seguir un patrón para la indagación que permita concretar un resultado clínico adecuado, que posteriormente será verificado mediante el examen físico.

Durante estos procedimientos el médico debe cuidar los factores éticos y científicos de su conducta profesional, procurando la adecuada relación médico – paciente que se ha de establecer desde el inicio de la consulta. Para el examen físico ya el clínico tiene algunos indicios de cuáles pueden ser las dolencias de salud que aquejan al enfermo y por ello procede a evaluar en primera instancia aquellos aspectos que considera necesarios para la confirmación de su posible diagnóstico. Entonces, así como el interrogatorio dista de ser discrecional o a capricho del médico, el examen físico, si bien contiene aspectos cotidianos, evita ser rutinario o repetitivo, pues se orienta a la búsqueda de un resultado particular para cada paciente.

Luego de estos pasos, ya debe existir una presunción sobre el diagnóstico y tratamiento que va a precisar el enfermo, y a partir de allí, el médico puede indicar evaluaciones paraclínicas que permitan contrastar su hipótesis y confirmarla o negarla.

Quiere decir que, una vez obtenidos los datos y durante la observación, el médico elabora su hipótesis, que no es más que el diagnóstico presuntivo, que puede ser concluyente en virtud de la sencillez de los síntomas presentados o requerir de la etapa siguiente, de contrastación, mediante la realización de exámenes externos, análisis de sangre, rayos X, tomografías, cultivos, etc. Es importante destacar que, como dijimos anteriormente, en la actualidad el clínico al realizar la observación y el examen físico puede no tener que recurrir a los exámenes externos o la contrastación del diagnóstico, pues son muchas las enfermedades que ya han sido lo suficientemente descritas y que además a lo largo del ejercicio del profesional



pueden ser reconocidas con facilidad.

Como vemos, el cumplimiento del método clínico inicia en el mismo instante en que el paciente ingresa en la consulta, pues es la presunción de la existencia de un problema lo que le conduce a estar allí, por lo tanto, el médico inicia el análisis del objeto que se le presenta, mediante técnicas de anotación, comparación y síntesis de la situación que se le está indicando. Bajo esta presunción, el clínico inicia la elaboración de una historia médica individual, donde irá plasmando las observaciones que devienen del interrogatorio y el examen físico, lo cual finalmente, acompañado de la utilización de herramientas tecnológicas y del diagnóstico paraclínico, le permitirá resolver la situación problemática, es decir, identificar la enfermedad y sus manifestaciones para asumir el tratamiento y conducta adecuados.

Es importante destacar que, durante el proceso de confirmación de la hipótesis mediante los exámenes paraclínicos y la toma de decisiones respecto a la continuidad en la atención del enfermo en vista de su complejidad o especialidad, el médico puede recurrir a tratamientos de los síntomas, que pueden también ayudar en el proceso de diagnóstico. Por ejemplo, en un paciente que asiste con signos psoriasis a una consulta de medicina familiar, puede indicársele tratamientos que le ayuden a disminuir los síntomas como el prurito o la inflamación, durante la realización de biopsias y la remisión a un dermatólogo que determine el tratamiento definitivo.

Esta decisión sobre la remisión a otro especialista o la indicación de tratamientos que mitiguen los síntomas, más que la enfermedad, durante el proceso de confirmación diagnóstica, dependerán en gran medida de la posibilidad de brindar alivio al paciente durante las fases previas del método clínico, sin que esto afecte los resultados científicos del mismo, es decir, siempre que no causen interferencias con el proceso propio de diagnóstico.

En este sentido, la pericia del clínico y su experiencia tienen un papel fundamental dentro de la aplicación de todas las fases del método, pues a través de esta es que logrará la elaboración de la hipótesis acertada, solici-



tando menor cantidad de pruebas para la contratación de dicha hipótesis y finalmente la resolución de la enfermedad de manera más expedita. Es por ello, que durante la formación académica del médico en la actualidad, se procura no sólo mostrar la teoría, en forma de catálogo de enfermedades y posibles soluciones, sino que se le somete a una estricta práctica en la que tiene la oportunidad de actuar como clínico de manera directa frente a los pacientes. Esta metodología, en palabras de(Quadreli, Cardoso, & Castiel, 2014), permite comprender a la medicina:

“como una práctica fundamentada en las habilidades diagnósticas y en las experiencias clínicas de los médicos, pues, frente al paciente, el médico solamente puede conocer una enfermedad en forma indirecta, dependiendo de la interpretación de los signos que observa y de los síntomas relatados por el paciente.” (pág. 158)

Entonces, aunque se presente el método clínico, como el proceso esquemático de observación de la enfermedad y sus manifestaciones, este debe ser realmente cubierto de manera precisa para preservar su carácter científico, pues de lo contrario caería el médico en el campo del empirismo, abandonando entonces el verdadero sentido de su práctica profesional.

Otra característica que surge de la aplicación del método clínico es la separación de las especialidades médicas, con lo que se permite al profesional contenerse en un área específica de acción. Aun usando el mismo método, puede existir la confirmación de hipótesis que se encuentren fuera del ámbito de solución de un médico particular, dada la especialidad que ha decidido ejercer. De esta manera, un paciente que acude a un neumólogo con sintomatología asociada a un problema otorrino, será evaluado con perspectiva científica y clínica, pero finalmente será remitido con las consideraciones necesarias al especialista que verdaderamente puede atender el área que está siendo afectada. Esto, ocurre por el seguimiento del modelo cartesiano de la ciencia, mediante el cual se procede a la descomposición de los problemas en partes o ejes de menor complejidad, y que en el campo de la medicina ha llevado a la extrema especialización.



Quiere decir, que el clínico no tiene responsabilidad ética absoluta sobre la atención o curación de la enfermedad, si esta no se encuentra dentro de su ámbito de actuación, y el método clínico le permite realizar la valoración precisa de la situación para determinar si su conducta será la de atención y mitigación de la enfermedad o la derivación al profesional competente, conforme a su especialidad.

1.4. Práctica médica como ciclo enfermedad – curación

Para la medicina clínica tradicional, la enfermedad es una disfunción corporal con causas inminentemente biológicas o químicas, que nada tiene que ver con las características particulares del paciente. Es la enfermedad el centro del estudio por parte del sujeto de investigación científica: el médico, manifestada en el objeto de estudio: el paciente.

Esto es lo que propugna el enfoque biomédico tradicional basado en la atención de la enfermedad como disfunción del organismo. De manera que para aplicar el método clínico y permanecer dentro de los parámetros de la ética establecida, la relación médico – paciente debe ser objetiva y basarse en el intercambio de información sobre el centro de su atención: la enfermedad. Parte de la premisa de que sin enfermedad no existe medicina, por lo tanto, se tiende a deshumanizar tanto al médico como al enfermo para centrarse en la dolencia o disfunción orgánica.

De allí que la práctica médica se encuentre enmarcada de manera cíclica en el problema y su solución, o lo que es lo mismo la enfermedad y la curación. El médico viene a determinar la enfermedad que aqueja al paciente por medio del diagnóstico que realiza por el intercambio de información que obtiene mediante la ya mencionada primera fase del método clínico, para confirmar esta hipótesis o asegurarse de que el diagnóstico es preciso, procede a la realización de exámenes paraclínicos, que no son más que la evidencia científica de su diagnóstico y finalmente define la conducta o tratamiento que debe seguir.



Recordemos que la medicina clínica tradicional deviene de la práctica médica del último siglo, en el que la investigación científica en este campo se ha orientado a la comprensión del funcionamiento del cuerpo humano y la acelerada aparición y descubrimiento de nuevas enfermedades, así como la remisión o erradicación de otras. Por lo tanto, no es de extrañar que el ejercicio clínico centre su atención en la enfermedad y no en el ser humano que la desarrolla.

Un ejemplo de esto en la práctica clínica es el descubrimiento incipiente de las teorías microbianas realizada por Semmelweis al evaluar las muertes por fiebre puerperal durante los años de 1840 a 1850, y el tratamiento que tuvo en un principio por parte de la comunidad médica para ser aceptada sus recomendaciones de asepsia, así como su aprobación en nuestros días. Al basar, la práctica clínica en la enfermedad, se descartó por completo que la responsabilidad de la sepsis, que hoy conocemos ocasiona la fiebre puerperal de aquel tiempo, en manos “literalmente” del personal de salud, se aspiraba reconocer la enfermedad y su sintomatología y de allí derivar en sus causas.

La medicina clínica, busca la explicación científica de las dolencias y asume que existe una falla orgánica para que se presente la enfermedad, los factores exógenos al cuerpo e incluso los propios del organismo, pero que no están asociados directamente a síntomas específicos son descalificados o considerados distractores de la investigación sobre la enfermedad y su tratamiento.

El médico que pretende adoptar el método clínico centra su atención en la observación de los síntomas para determinar la enfermedad que aqueja al paciente y posteriormente en las medidas de mitigación de síntomas o erradicación de la enfermedad, todos estos basados en la administración de agentes dirigidos específicamente al causante de dicha condición.

Otra característica de la práctica clínica tradicional, en la actualidad, es la presunción de que toda enfermedad tiene un origen biológico en la existencia de virus, bacterias o microorganismos que alteran el funcionamien-



to celular adecuado del cuerpo y por lo tanto interfieren en el bienestar del paciente, esto excluyendo, por supuesto, a aquellas condiciones devenidas de traumatismos.

Desde esta perspectiva, la curación se encuentra en dos ámbitos: el primero dirigido a la eliminación del agente causante de la enfermedad y el segundo, orientado a mitigar los síntomas de la misma, en caso de que no sea posible la primera opción. El médico entonces se concentra en la observación de las dolencias o síntomas descritos por el paciente y su confirmación mediante el examen físico y las pruebas paraclínicas para proceder al proceso de curación mediante la administración farmacéutica que corresponda.

Es así como dentro del ciclo de la práctica clínica, se identifica un tercer elemento, la farmacéutica. Tras el acelerado desarrollo de la industria petroquímica, que ha permitido la fabricación y síntesis de agentes antibióticos y antimicrobianos, la medicina también ha tenido un acelerado crecimiento en términos de la erradicación de enfermedades. Sintetizar agentes que destruyen, por así decirlo, la enfermedad, ha permitido a la medicina clínica generar avances tan importantes como los derivados de las tecnologías paraclínicas de diagnóstico.

De esta manera, la práctica clínica puede resumirse en un ciclo corto de enfermedad y curación, que veremos en la figura siguiente:

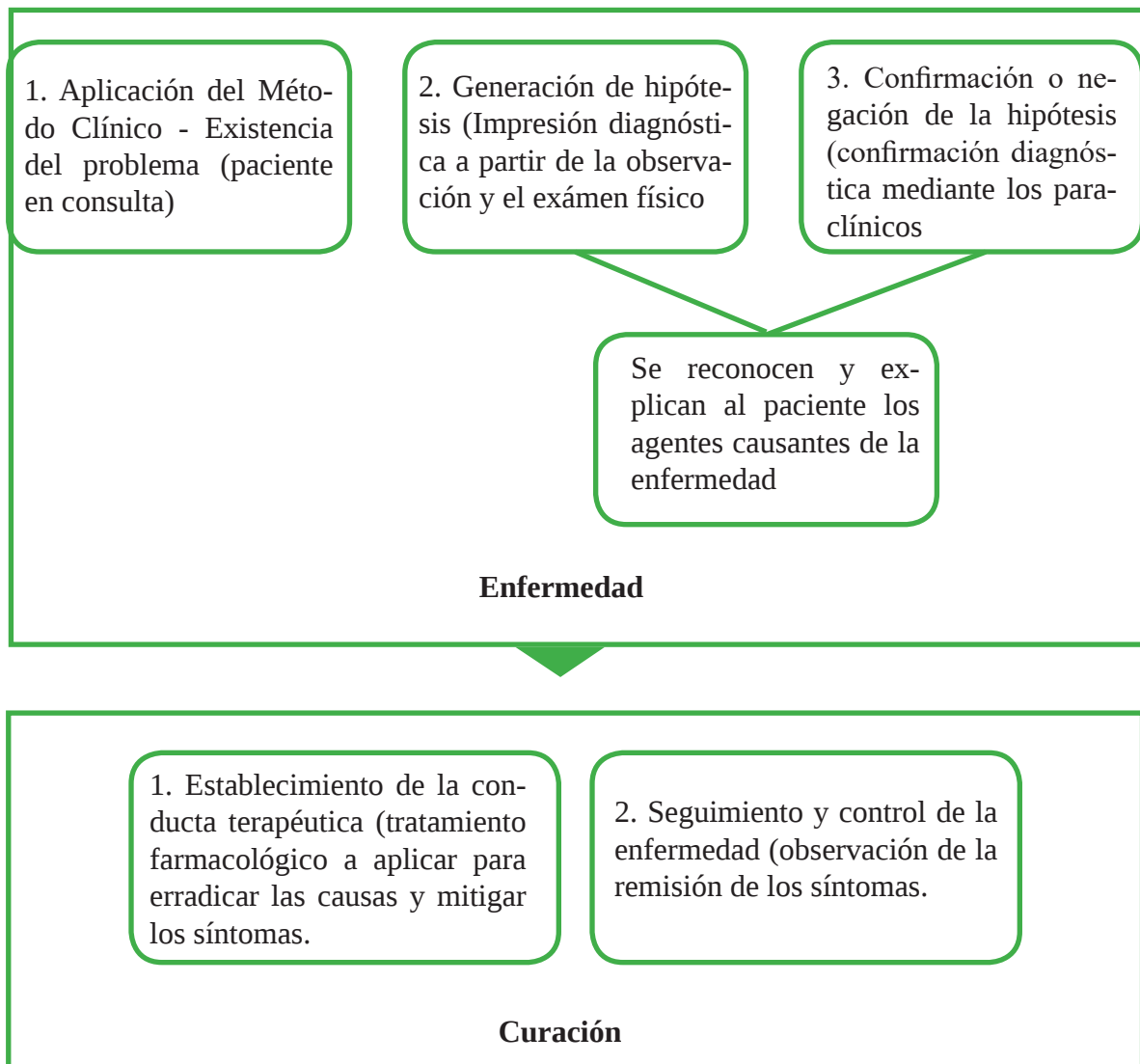


Ilustración 1. Ciclo de la práctica clínica tradicional. Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO II

LA CLÍNICA ACTUAL, DE VUELTA A LOS PRINCIPIOS DE LA MEDICINA





La práctica clínica basado en el modelo biomédico, desde la óptica científica y los avances tecnológicos como herramientas de apoyo al médico practicante, han ocasionado una ruptura en la relación médico – paciente y ha hecho disminuir la confianza en la ciencia médica como opción para la curación de los individuos. Esto se evidencia en las crisis de los sistemas de salud, en la cada vez mayor tendencia a la automedicación y la deserción de las consultas médicas por parte de los pacientes, incluso aquellos crónicos. Indicios de que la medicina clínica requiere un cambio para que continúe teniendo la relevancia social y científica que le corresponde.

Pero, estos cambios no pudieran consistir en un cambio brusco de paradigma, sin línea temporal y sin asidero en la evidencia que pueda construir un nuevo modelo de medicina. Por lo tanto, no se trata del derrumbe del método clínico per se y de la sustitución del modelo biomédico en el todo y sus partes por un nuevo modelo, sino que consiste en la valoración de los defectos que contiene el modelo actual, incluso en sus cimientos y la instauración de medidas que permitan la práctica científica de la medicina adecuada a la temporalidad en la que se realiza.

La tecnología no sólo ha impactado a la medicina, ha incorporado cambios en la sociedad y en el individuo en tanto su manera de ver y vivir el mundo. El acceso, define la época que vivimos, lo intangible priva sobre lo material. Entonces, el individuo, sea médico o paciente, se ve influenciado por la tecnología y por el hecho social. Por consiguiente, la práctica médica se encuentra con un paciente y un médico diferentes, ya no tan ávidos por el mero intercambio de información, sino partícipes activos de los procesos que guardan relación con su funcionamiento orgánico.

Además de ser una era tecnológica y a pesar de ello, nos encontramos también en un tiempo que pretende ser humanizado, es decir, es vital el carácter humano en las relaciones sociales. Quiere decir que cada individuo se reconoce como fuente y fin de derechos y deberes que tienen que ser reconocidos por el resto y respetados por la sociedad en su conjunto. Abundan las organizaciones o redes de individuos que se agrupan alrededor de estos deberes y derechos y que actúan colectivamente construyendo



un nuevo entramado social, cada vez más complejo.

En medio de esta sociedad, son cada vez menos las relaciones paternalistas o verticales y se conciben más aquellas basadas en la participación de los actores involucrados asumiendo las responsabilidades que les corresponden. Ya no se delega ciegamente la responsabilidad de los hechos individuales sobre un tercero, ni siquiera cuando se trata de niños, a quienes también se les ha otorgado una carta de derechos y se les exige el cumplimiento de sus deberes de acuerdo con su desarrollo.

Por lo tanto, no es el método clínico en tanto método científico lo que está en juego, sino las relaciones establecidas en tanto la práctica clínica. Las relaciones entre médico y paciente, así como las relaciones con el entorno, el resto de los médicos y otros profesionales, la familia del enfermo, entre otros. Sin embargo, al cuestionar dichas relaciones el método efectivamente puede tambalearse, pues cambia el sujeto y el objeto de investigación, generando variaciones substanciales en la práctica.

Aun así, es de observar que el pretendido es reencontrarse con los principios de la práctica clínica, cuando no se tenía a mano las herramientas tecnológicas y el conocimiento catalogado de las enfermedades o incluso las leyes médicas devenidas de la física, la química y la biología. En esos momentos, la medicina observaba más allá que la propia enfermedad, en cada gran descubrimiento había una exhaustiva observación del entorno y del propio enfermo.

Entonces, la medicina clínica volvería a revisar su concepto en tanto incorpora elementos de ciencia, que han sido dominantes en el tiempo, pero contiene en sí también el arte y el humanismo, que han sido sacrificados para dar primacía al enfoque científico. Por ello, la práctica clínica actual no pretende un cambio radical y absoluto de paradigma que obvie la naturaleza científica de la medicina, sino que busca la vuelta al origen, en el que se conjuga el ser humano como ser psicosocial con el arte libre y contemplativo y la ciencia metódica y resolutive.



Se trata entonces de ir más allá e incorporar los nuevos actores de la práctica médica, el sistema de salud, el enfermo, el médico, el Estado como diseñador de las políticas de salud, la empresa, la industria farmacéutica y el resto de las organizaciones que conforman la sociedad y que a la postre buscan en el ejercicio de la medicina más que la recuperación de la salud, la preservación de la vida y de la calidad intrínseca que esta exige en la sociedad de hoy.

2.1. Ética médica antes y ahora

La ética en la medicina, como en todas las profesiones surge como parte de las relaciones humanas que existen para el ejercicio de la misma, al existir la relación entre dos o más individuos es necesario recurrir a códigos de actuación y conducta esperados por parte de los involucrados. Así, en las sociedades se establecen normas que son respetadas por todos, en virtud de que serán consideradas moralmente correctas o moralmente incorrectas. Este esquema de conducta es necesario para la convivencia de grupos humanos que comparten un espacio físico en razón de sus intereses. Tal como lo expone(Buganza, 2008):

“la ética no puede estar separada de la vida humana, de la vida concreta: necesitamos pensar y/o reflexionar sobre nuestras acciones y sobre sus repercusiones. (...) hoy nos encontramos en una sociedad que cada vez tiene más poder sobre la vida de los otros; una decisión individual puede abarcar las vidas de muchos seres humanos, muchos más que en el pasado” (pág. 177)

Existe pues una ética universal que seguimos indistintamente de nuestro gentilicio, como individuos, tenemos una cantidad de intereses y normas que obedecen a nuestra cualidad humana, por lo que la medicina y su ejercicio no escapa a ellas. El ejercicio profesional, cualquiera que sea, amerita que sean reconocidas las normas que se consideran morales o correctas en una sociedad, que quien ejerce la profesión entienda su actua-



ción como una sucesión de decisiones que afectan a los seres humanos con quienes interactúa.

De esta manera, la ética médica hoy no se basa solamente en la interacción e información que debe brindar al paciente, sino en la comprensión que debe tener sobre las consecuencias sociales de su práctica clínica, en tanto va más allá de la curación de una enfermedad circunstancial, sino de las redes de relaciones que exige la sociedad de hoy para su ejercicio. Entonces trasciende los derechos del paciente y pasa a regir la conducta del médico en las comunidades, el objetivo de la ciencia médica y los aportes que la clínica puede hacer a los temas que son considerados importantes para las mayorías.

Es así como, se establecen normas éticas particulares para el ejercicio de la medicina en cada país, pero se continúa contando con códigos internacionales de ética que rigen la práctica clínica. Todos estos, fijando como objetivo primordial, la preservación de la vida humana, tal como se evidencia en el Artículo 6 del Código de Ética Médica de Ecuador (1992), al referirse a la función del médico, “Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo” (p. 2).

Basados en esta definición, se vuelve ética toda conducta médica que, siendo informada de manera eficaz al paciente, conduzca a la conservación de la vida del enfermo y procure el bienestar de este. En ese sentido, el paciente asume responsabilidades sobre su tratamiento, pero delega en el médico la responsabilidad del correcto funcionamiento de la terapia que se haya asumido para la curación. En ese sentido, se sigue esperando que el médico sea un “salvador” del paciente y posea la experiencia arraigada en el conocimiento teórico que le permita eliminar cualquier riesgo de error en su práctica cotidiana.

Desde esa perspectiva, la ética en la práctica clínica continúa teniendo una función paternalista, colocando al médico en un estatus superior al del paciente y entorno cercano. Es el médico el responsable de la aplicación del método clínico y por lo tanto poseedor de la verdad obtenida a través



de la investigación.

Sin embargo, el paciente tiene la cualidad de decidir la aplicación de los tratamientos en virtud de la información completa que el médico suministra, la cual debe contener los riesgos y efectos adversos que puede tener la terapia que se aplicará. No obstante, una vez que el paciente consiente un tratamiento específico, es el médico quien asume toda responsabilidad sobre los esquemas y consecuencias de su aplicación.

A partir de esta valoración de la ética y las responsabilidades establecidas sobre los médicos, surge también la valoración de la práctica en sí misma, cada paciente de acuerdo con la atención recibida y la calidad con la que considere se ha dado su recuperación “juzgará” la actuación del clínico como buena o mala de acuerdo con sus propias expectativas y estándares normativos de la sociedad en la que se encuentren.

Cabe destacar que la práctica clínica está siendo siempre evaluada por el paciente, los familiares y allegados al paciente, los colegas médicos y la sociedad en su conjunto, por lo que la aplicación del empirismo, las faltas al método clínico o los errores no advertidos durante el tratamiento que conlleven a consecuencias irreversibles en la vida del enfermo serán consideradas como faltas a la ética en tanto representan la mala praxis de la medicina. Sin embargo, comprobar que ha habido alguna falla específica en estos aspectos se vuelve engorroso, cuando no se evidencia de forma explícita o se ha hecho bajo la observación informada y complaciente de los involucrados.

En muchos casos, la mala praxis en la medicina deviene no del empirismo sino de la rutina en la aplicación del método, el médico puede volver de su conducta un automatismo que le hace obviar las particularidades del enfermo que está tratando, perdiendo de esta forma la conducta científica que se amerita en la clínica y por lo tanto faltando a su función fundamental.

Otro aspecto observado en la ética médica actual es la participación del



clínico, como científico, en los temas que son de interés social. La orientación de investigaciones y emisión de juicios científicos se hace indispensable al hablar de la homosexualidad, el aborto, la eugenesia, eutanasia, la clonación, la donación de órganos, entre otros, que inciden igualmente en la preservación de la vida humana, ya no vista desde lo particular al salvar la vida de un enfermo, sino desde el contexto general de toda la sociedad.

La ética clínica actual requiere de posiciones científicas en torno a estos temas, que si bien no conforman en sí mismos enfermedades, si forman parte de lo que el médico debe tratar en la actualidad. Por ejemplo, el debate sobre el aborto y la preservación de la salud mental y física de la mujer sopesado ante la preservación de la vida del feto que ha sido concebido, o la aplicación de eutanasia, consentida por los familiares o allegados del paciente, en los casos de muerte cerebral o paraplejia total.

Así otros temas, como la donación de órganos vivos provenientes del tráfico de personas o de los mercados de compra venta de estos desde los países más pobres, o la inserción de órganos artificiales “fabricados” en laboratorios, son de interés para la sociedad en su conjunto y ameritan la revisión de la ética médica en tanto la revisión de la ética social.

En conclusión, la ética de la medicina no es una ética especial, a pesar de las particularidades propias del ejercicio clínico, la ética actual, a diferencia de esa en la que el médico tiene como función era la de establecer mecánicamente la cura de la enfermedad, es más abierta, soportada en la ética social, el tratamiento de los pacientes, las enfermedades y los temas de interés social configuran lo que debe ser el rol de clínico el día de hoy.

2.2. La interacción multidisciplinaria y la medicina clínica

Desde el nacimiento de la medicina como arte, ciencia y práctica, ha tenido relación con otras ciencias y oficios. Es fácil ubicar su afinidad con la física, la química, la biología e incluso la matemática, en tanto son ciencias

puras que contribuyen a la construcción de los postulados y bases teóricas de la medicina y es a través de estas que se han logrado los principales avances y descubrimientos sobre las enfermedades, su comportamiento y curación. Pero en la época actual la complejidad marca la vida cotidiana y de esta forma también a la medicina clínica, para la que ya no es suficiente el conocimiento de la química o la biología, sino que le son necesarios los conocimientos tecnológicos, informáticos e incluso sociológicos, psicológicos de cada uno de los pacientes y enfermedades que pretende abordar, tal como lo afirma (Carvajal, 2010):

“Los problemas fundamentales que enfrenta la humanidad, obligan a estudiarlos como un todo, demandando el concurso de todas las potencialidades del conocimiento humano, y exigiendo enfocarlos como complejos, inseparables y retroalimentados; de tal forma que surge la necesidad de abordar una visión integral e interdisciplinaria para resolverlos” (pág. 165)

Pero, para hablar de interdisciplinariedad en la práctica de la medicina clínica en la actualidad es necesario aclarar algunos aspectos relacionados con la especialización y la interacción entre colegas o especialidades que se ha dado paulatinamente y con resultados deseables en términos de la curación de enfermedades mediante la aplicación del método clínico.

Una de las características de todas las disciplinas, profesiones o ciencias durante el siglo XX y principios del siglo XXI ha sido la especialización o súper - especialización, en la que se ha fragmentado el conocimiento y la práctica de este hasta atomizarlo de forma que cada área subespecífica de una misma ciencia pudiera terminar generando una nueva disciplina. En la medicina, observamos como las especialidades se sub – especializan y la práctica clínica se da de forma individualizada procurando tan sólo el respeto al método clínico y los códigos de ética existentes. Así conseguimos no solamente al traumatólogo, sino que encontramos traumatología de la mano, de la rodilla, etc., haciendo que se atomice no sólo la práctica clínica o el estudio de la medicina, sino transformando también al ser humano o cuerpo humano en una colección de partes, cada una susceptible de una



enfermedad.

Ahora bien, para la medicina clínica actual el centro de su práctica ya no es la enfermedad y su ciclo de curación, sino el ser humano al que se debe garantizar la vida en condiciones de calidad y salud, por lo tanto, se hace imprescindible la visión compleja del paciente, más allá de la dolencia y de la especialización a la que acude para su erradicación. De esta forma, la práctica de la medicina clínica, desde hace algún tiempo, está llamada a la interdisciplinariedad.

Ante este llamado, la medicina clínica ha optado por lo que denominaremos una primera fase, que consiste en la interdisciplinariedad interna, es decir, aquella que se da entre colegas médicos de otras especialidades para tratar a un mismo paciente. Una interacción disciplinaria que si bien convoca visiones diferentes de un mismo problema no trasciende de la misma ciencia por cuanto llama estrictamente a otros médicos para mejorar las aristas o enfermedades transversales a una enfermedad central. Así por ejemplo al enfermo de cáncer estará recibiendo atención de un oncólogo, pero seguramente también sea convocado algún especialista directamente relacionado al órgano afectado por el cáncer que se está tratando.

Esta metodología, parte de que aun cuando el cuerpo sea un organismo complejo cuyas células y órganos interactúen entre sí, para la medicina sigue considerándose la enfermedad como centro fundamental del método clínico, derivando entonces en el establecimiento de una especialidad medular para el tratamiento del enfermo y especialistas de apoyo que vienen a coadyuvar en la recuperación. Con esta comprensión, no existe interacción real con otras ciencias más que con las básicas (física, química, biología), las cuales son base fundamental de la teoría, pero no transversalizan en el estudio de la enfermedad o del enfermo per se.

Parte de este tipo de interdisciplinariedad interna se fundamenta en el llamado egocentrismo intelectual, que no es más que el reconocimiento de su propia ciencia como la única capaz de generar análisis y soluciones a un problema particular. Cabe destacar que esta no es una cualidad única del



ejercicio de la medicina clínica, sino que es una característica de todas las ciencias, oficios y profesiones que se abordan desde el método científico, las cuales establecen sus normas y orden para aplicarlo y terminan haciéndose dueñas de la verdad que les corresponde vista la fragmentación del problema y de la propia ciencia.

Desde el egocentrismo intelectual no es posible obtener interdisciplinariedad, pues para que esta sea realmente funcional, como lo describe (Carvajal, 2010, pág. 126)

“se requiere trabajar conjuntamente, reconocer limitaciones, estar abierto a críticas y tener voluntad de aprender de otros, resultando de esto la necesidad de establecer equipos de trabajo, con el fin de cooperar; porque la misma complejidad de los problemas lo exige. Para ello se requieren personas con capacidad de flexibilidad, confianza, paciencia, intuición, pensamiento divergente, sensibilidad hacia los demás, moderación, mediación, asociación y transferencia, entre otros; con el fin de iniciar y promover un diálogo constructivo, crítico y permanente”

Sin embargo, la medicina clínica al establecer una relación paternalista y un extremo cientificismo para la aplicación de su método ha cultivado dicho egocentrismo y colocado al médico en un nivel de superioridad, desde el que poco o nada interactúa con otras disciplinas. Aún a lo interno, pues en ocasiones genera la interconsulta o deriva al paciente hacia otro especialista, pero pierde utilidad en cuanto a junta médica para la evaluación de un mismo enfermo desde diferentes ópticas. Salvo en situaciones intensivas o extremadamente complejas en las que se ha recorrido por diversos especialistas para llegar a un diagnóstico, el médico tiende a, en aras del respeto al método clínico y la ética instaurada respecto a sus colegas, no recurrir a la valoración por parte de otros especialistas en casos que considera rutinarios, y ni que decir que poco recurre desde su formación a la interacción con ciencias diferentes a la propia, llegando incluso a



menospreciar la visión de las ciencias sociales u otras disciplinas en torno a temas médicos.

Entonces, la interdisciplinariedad en la práctica clínica, como ya hemos mencionado, requiere del concurso de otras ciencias más allá de la medicina. La observación del paciente, comprendiendo su entorno económico, social, antropológico, psicológico, etc., puede ayudar al entendimiento de las causas de su enfermedad y el establecimiento de medidas terapéuticas de mayor efectividad. Estos han sido los aportes iniciales de la psicología, la antropología y la sociología, a través del establecimiento inicial de áreas de especialización en la medicina, han hecho inferencia sobre estos factores en la práctica de la medicina clínica.

La interdisciplinariedad procura que la enfermedad deje de ser vista como un hecho meramente biológico y cobre relevancia las características exógenas al paciente antes de contraer una dolencia. Sus primeras incidencias son visibles en áreas como la epidemiología, que debe hacer recorridos fuera del paciente para determinar los focos, causas y manifestaciones de una enfermedad cuando se hace endémica, aunque se evidencia también en el tratamiento de enfermedades crónicas, complejas o consideradas hasta ahora incurables.

Entonces, el giro e importancia fundamental de la interdisciplinariedad para la medicina clínica en la actualidad no radica en las ciencias con las que interactuar, sino en la visión del método clínico y la práctica médica en sí misma. Pasamos de un modelo paternalista centrado en la enfermedad con un médico responsable, generador del conocimiento, y un paciente psicológicamente anulado, a un modelo basado en el paciente, en tanto ser humano, cuya interacción con el médico busca la generación de conocimiento y autoconocimiento para la curación de las dolencias específicas más allá de los síntomas manifiestos y, en ese sentido la interdisciplinariedad representa la piedra angular para la formación de una nueva medicina clínica.



2.3. Los derechos del paciente

Para la medicina clínica tradicional, los derechos del paciente surgen como parte de la ética del ejercicio profesional, y ocupa fundamentalmente asuntos relacionados con la información. El enfermo es considerado como el portador de la dolencia que debe ser tratada y por consiguiente será informado de lo que el médico considere necesario para que sus acciones no entorpezcan el desarrollo de la práctica clínica. De esta forma, el paciente no tiene autonomía o capacidad de decisión sobre los tratamientos que recibirá para la curación de su enfermedad y es tratado como un infante o subordinado a las providencias del médico.

Ahora bien, en la actualidad el paciente ha cambiado, no solamente porque como paciente sino como ser social, estando en la era de la información, el paciente exige del médico algo mas que la mera discusión de las causas aparentes y conducta terapéutica a seguir. El enfermo se hace responsable de su estado de salud y pretende una participación en su recuperación, tal como lo afirman Lázaro y Gracia (2006):

“La idea ahora predominante es que cada uno ha de asumir las decisiones que le afectan, ha de regirse por su propio sistema de valores y, por tanto, la beneficencia tradicional ya no puede aplicarse sin conocer la voluntad del enfermo porque antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros.” (pág. 9).

Este paciente activo y participativo requiere entonces de algo más que información sobre su estado de salud y genera demandas mayores al ejercicio y práctica de la medicina. De allí que le sean reconocidos más derechos que los que hasta el momento le han sido asignados, tal es el caso de la (Guía práctica sobre Derechos Humanos en la atención al paciente, 2015) que le reconoce: “diez derechos críticos

- Libertad y seguridad de la persona.



- Privacidad.
- Acceso a la información.
- Integridad física.
- Vida.
- El mayor nivel de salud física y mental alcanzable.
- Protección contra la tortura y otras formas de castigo crueles, inhumanas o degradantes.
- Participación en la política pública.
- Igualdad y protección contra la discriminación.
- Recursos efectivos” (pág. 18).

Todos ellos basados en las convenciones internacionales de Derechos Humanos, por cuanto con los derechos del paciente no se pretende más que validar los primeros. Estos reconocimientos no han sido un logro de la medicina clínica, al contrario, ha sido el propio paciente, en su afán por demostrar que tiene algo que decir respecto a sí mismo durante el acto médico al que se somete cuando tiene una enfermedad, quien ha generado este cambio de paradigma. Más no el paciente de manera individual, sino más bien colectiva e influenciada por los propios cambios sociales.

El paciente, al igual que cualquier individuo ahora participa de un ambiente 2.0, que radica su existencia en el acceso libre a todo tipo de información. De allí que antes de acudir al médico, un individuo cualquiera indague y presente sobre la necesidad real de consultar a un clínico para ser abordado desde el punto de vista científico o, si sus síntomas y características lo llevan a un espacio de interacción rutinaria sobre un problema ya conocido y tratado de manera general.

Luego de determinada esta necesidad, el paciente llega al consultorio en busca de una respuesta satisfactoria y con una carga previa de información, sobre sus síntomas y también sobre las características que debe tener



el interrogatorio y el examen físico para las características específicas de la dolencia que le aqueja para llegar de manera científica a un diagnóstico adecuado. De esta forma, el paciente actúa con elevadas expectativas frente a la labor del médico clínico, quien ahora debe enfocar su interrogatorio a la enfermedad pero aún más al propio paciente.

El enfermo es ahora evaluador de la conducta médica en tanto si le parece ética, profesional e incluso científica, y por tanto exige su derecho de llevar a cabo o no la conducta terapéutica recomendada por el profesional, o si por el contrario buscará la asistencia de otro clínico para recibir un tratamiento “esperado” diferente. En resumen, el paciente es un agente, un sujeto, más que un objeto de investigación durante el ejercicio de la medicina clínica.

Al ser un sujeto de investigación, cobra vida para esta y participa, teniendo derecho a ser escuchado, a interactuar, pero sobre todo a decidir con autonomía sobre aquello que de forma inmediata le afecta. De allí que se pierda de vista la infantilización del enfermo y se conforme un nuevo modelo de atención en la medicina clínica, en la que ambos participantes, médico y paciente, generan un nuevo tipo de relación.

Pero, estos derechos no han surgido desde la práctica clínica o de un momento a otro, con el transcurrir del tiempo hemos vivido lo que algunos autores llaman la rebelión del paciente, tal como lo exponen (Lázaro & Gracia, 2006):

“el año 1973 puede tomarse como símbolo de una nueva rebelión, la “rebelión de los pacientes”. En esa fecha, la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supone el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es.” (pág. 9)

Desde ese momento y hasta ahora, el reconocido paciente 2.0, lleno de



información y ávido de una atención en salud completa ha transformado los derechos del paciente en algo más que una declaración de principios y se ha preocupado porque sean una realidad en la práctica, migrando finalmente el objeto del análisis clínico de la enfermedad hacia el paciente y produciendo por ende cambios substanciales en cuanto a las relaciones existentes dentro de la medicina clínica.

Uno de estos cambios se basa en la evaluación de la medicina clínica desde la óptica de la calidad, el paciente tiene derecho a recibir una atención que le parezca satisfactoria y esto hace que se tome en consideración la subjetividad del paciente y la intersubjetividad que se genera en la relación de este con el médico y con el entorno. La calidad depende de las expectativas que el enfermo tenga con relación al servicio de salud que está buscando. Desde esta perspectiva, el paciente no evalúa la aplicación del método clínico o el cientificismo con el que el médico esté actuando. Así lo afirma (Díaz R. , 2002)

“Lo realmente importante para el consumidor es su grado de satisfacción. Éste será el resultado según lo visto hasta ahora, de contraponer lo que inicialmente esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no exactamente la que recibe (calidad asistencial). La calidad global que la prestación de un servicio puede ofrecer y que el usuario del mismo recibe no tiene por qué coincidir con la que éste percibe, aunque lógicamente sí estarán directa e íntimamente relacionadas.” (págs. 32-33)

Finalmente, los derechos del paciente no son más que una de las aristas en la construcción de la práctica clínica actual, por consiguiente, se encuentran en constante modificación de acuerdo a la sociedad en la que se ejercen, la conceptualización de la ética, las relaciones sociales, la interdisciplinariedad exigida y finalmente la aplicación del método clínico que permita a la medicina adaptarse a todos estos cambios sin perder su esencia científica.



2.4. La familia y el entorno cercano del paciente

Al observar la medicina clínica en la actualidad y lo que consideramos un retorno a la base de la medicina, es necesario establecer los actores que participan de esta, y es que no se trata sólo de la relación entre el médico y el paciente, o de la búsqueda incansable de la cura de las enfermedades, pues para la comprensión de cada uno de estos es necesario contar con la interacción que tienen con su entorno físico y con el resto de los individuos que componen dicho entorno. Y es que retornar a la cualidad de la medicina como arte y ciencia humanas nos hace pasear por la comprensión de sus actores como humanos con características subjetivas a través de las que se construye a su vez el ejercicio de la medicina.

Entonces, para el practicante de la medicina clínica es necesario en primera instancia comprender su propia subjetividad y el entorno en el que está ejerciendo, diferenciando de esta forma los tipos de enfermedades y tipos de pacientes a los que puede estar expuesto de acuerdo con el lugar donde se encuentra. Haciendo un ejercicio, podemos indicar que la subjetividad del médico que se encuentra ejerciendo en países de extrema pobreza como el sur africano dista de la que puede tener el clínico que ejerce en los países desarrollados. Así mismo, no es necesario plantear la diferencia en tal medida, pero sí se debe reconocer que el entorno viene a determinar en gran medida el ejercicio de la medicina clínica.

Una vez atendida, por parte del médico, la subjetividad propia, se vuelve imprescindible la incorporación del análisis de entorno en la aplicación del método clínico toda vez que el paciente ingresa en el consultorio. Aunque pudiéramos partir del mismo supuesto inicial en términos metodológicos, asumiendo que el problema de investigación surge o se manifiesta con la llegada del paciente a consulta, ahora el cuestionario inicial y el examen físico deben trascender de la búsqueda de información sobre la enfermedad.

El médico debe ser observador del entorno del cual proviene el paciente, incluidas sus relaciones intrínsecas. Así, puede observar el macro



- entorno del paciente como país o localidad, hasta ubicarse en sus micro
- entornos en tanto familia y/o trabajo.

Al hablar del macro – entorno del paciente, no se involucran relaciones sociales directas, sino aquellas que son generales a todos los pacientes que el clínico recibe cotidianamente en su práctica. Estas características nos indican rasgos particulares de una población, si es mestiza o no, si es un lugar tropical o no, si existen enfermedades particulares de la zona, entre otros. Así como las condiciones generales de vida en términos de acceso a la salubridad y saneamiento, costumbres culturales, religiosas y sociales que puedan afectar el desarrollo del cuerpo humano y su propensión a alguna dolencia.

Adicionalmente, al conocer sus costumbres sociales se puede inferir clínicamente si alguna de estas puede incidir positiva o negativamente en los tratamientos o conductas terapéuticas que el médico decida tomar. Por ejemplo, cuando el médico se encuentra con paciente cuyas costumbres contienen rasgos tribales o por sus características religiosas no le es permitida alguna conducta, debe asumir tratamientos que no interfieran con el entorno del paciente de forma que pueda garantizar la efectividad del mismo y procurar el cumplimiento de su objetivo: la preservación de la vida del paciente.

Luego de evaluar ese macro - entorno, entonces, corresponde la observación del ambiente más cercano al enfermo, nuevamente con una óptica subjetiva pero también llena de pragmatismo científico. Entonces, durante el interrogatorio inicial para la obtención de información, se requiere de insumos básicos sobre la genética del paciente, como sus antecedentes de familiares directos, enfermedades de los padres, existencia de enfermedades congénitas entre sus hermanos, tíos o hijos, entre otros. Con esto se construye genealógicamente las posibles enfermedades que el individuo puede estar manifestando según los síntomas que refiere, pero también las interacciones de estos con alguna patología subyacente que dependa en gran medida de la herencia, es decir, que es necesario determinar los factores de riesgo clínico.



En la nueva práctica clínica se hace necesaria la observación de otros aspectos relacionados con la subjetividad del entorno en la que el paciente se desenvuelve, por lo tanto, el médico debe tomar en consideración temas como quién es el acompañante del enfermo, aunado a la edad del afectado, con quién habita, cuál es su grupo familiar directo y cuáles son los hábitos familiares, así como quién dirige la familia. Todos estos factores son indispensables para definir una conducta terapéutica adecuada y si bien no deberían ser indagados de forma directa en el interrogatorio o colocados de forma específica en la historia clínica, sí deben ser inferidos por el clínico para soportar su actuación.

La importancia de esta revisión de la familia en la práctica clínica la evidencia Doherty (1988) al exponer:

“la familia como núcleo social básico determina en el ser humano actitudes, conocimientos y conductas que pueden afectar positiva o negativamente su salud. las relaciones existentes entre familia y proceso salud-enfermedad son innegables y pueden analizarse teniendo en cuenta diversos momentos o etapas de este proceso.” (pág. 170)

De allí la vital importancia para la medicina actual, que se incorpore el análisis familiar en la elaboración de la historia clínica, no sólo para establecer los antecedentes de riesgo, sino aquellas conductas e interacciones que influyen tanto al paciente como al ciclo de la enfermedad. No obstante, esta incorporación de la familia y el entorno a la complejidad de la práctica clínica se hace con mayor facilidad a nivel de atención primaria de salud, en la que el médico se encuentra inmiscuido de forma más cercana en el entorno del paciente, por lo que puede conocer todos los aspectos del entorno e identificar los que inciden directa e indirectamente en las patologías que de sus pacientes. Quiere decir que el sistema de atención primaria pretende un médico que más que el diagnóstico clínico, busque las aristas transversales de la enfermedad, buscando la prevención antes que la curación y procurando la erradicación de las patologías antes de remitirlos a centros de salud de los otros niveles.



Esto lo manifiesta claramente (Baena, s.f.) cuando indica que “la práctica clínica en condiciones reales de trabajo del médico de familia plantea bastantes diferencias con otros niveles asistenciales.” (pág. 35). Y es que precisamente el médico de familia es el que hasta ahora ha podido construir una historia clínica dialógica, con un análisis detallado del entorno. Esta construcción no llega a la práctica clínica en todos los niveles de salud, aún más en las ciudades, en las que el paciente concurre en búsqueda de alivio casi inmediato que le permita la prosecución de sus actividades en el menor tiempo posible. Este modo de vida actual genera una disyuntiva en la medicina clínica, que debe orientarse a la curación de la enfermedad, pero basarse al mismo tiempo en una relación diferente con el paciente.

Es una decisión médica, a medida que realiza el análisis de los síntomas y genera hipótesis sobre la enfermedad, el incorporar también el análisis del entorno del enfermo, ocurriendo que en patologías frecuentes o comunes este sea dejado de lado hasta la reincidencia o recurrencia próxima del mismo paciente sin remisión o con reaparición de los síntomas, ubicándose además en un principio en la búsqueda de enfermedades ocupacionales y luego en la interacción propia del entorno familiar con la aparición o remisión de la enfermedad.

Adicionalmente, para la medicina clínica actual se hace necesaria la incorporación de la familia y el entorno, en tanto constituye también un derecho del paciente y de las familias el estar informados sobre el estado de salud del individuo, por lo tanto, el médico además de hacer análisis clínico de los aspectos subjetivos, familiares y del entorno, que inciden en la enfermedad y el paciente, deben incorporar a la familia en los procesos de curación y asumir, junto con el enfermo los niveles de información e incorporación para el cuidado y recuperación de la salud de este.

En conclusión, las relaciones entorno – familia – paciente son de vital importancia en el análisis clínico, en un primer momento para reconocer los procesos de vida, salud y enfermedad en el paciente, y luego para ser incorporados como parte del ciclo de curación en tanto interactúan con el paciente.



2.5. Las nuevas relaciones médico – paciente

Para completar la visión de la medicina clínica actual es necesario analizar la relación médico – paciente, que si se quiere es la base fundamental del paradigma reinante, sea basado en esquemas meramente cientificistas, el empirismo o cualquier otro. La relación médico – paciente es la que logra establecer la forma en la que el clínico aplicará el método y fijará el objetivo de su investigación. Hasta el momento, la medicina clínica estaba basada en la enfermedad y colocando al paciente como un objeto y la enfermedad como objetivo científico, sin embargo, a partir de los cambios en los derechos del paciente, esto ha venido modificándose, dejando como objetivo la preservación de la vida del enfermo, haciendo entonces que todas las relaciones intrínsecas en el ejercicio de la medicina clínica deban también cambiar su rumbo.

En este sentido, dentro de la relación médico – paciente en la clínica actual comienzan a revisarse conceptos como la empatía, la calidad, la ética, entre otros. Ya hemos dedicado un apartado a los cambios en la ética de la medicina y los derechos del paciente, las consideraciones que ha de tener el clínico durante su ejercicio profesional y las diferentes aristas que componen lo que puede ser considerado como las buenas prácticas de la medicina clínica.

Vale la pena repasar las consideraciones que tiene la ética para la clínica actual, en la que se trasciende de la información al paciente, puesto que el médico deja de ser el poseedor de la curación del paciente y del conocimiento completo sobre la enfermedad. Al tener una sociedad con mayor acceso a la información, el paciente participa y decide sobre su proceso de atención en salud y por lo tanto echa a un lado la relación paternalista que guarda con el clínico, por lo tanto, la ética de este último tiene que ver no con normas propias e intrínsecas a su ejercicio profesional, sino con las normas sociales y lo que es considerado como correcto para la sociedad en su conjunto.

En este sentido, basados en una ética diferente, la relación médico - pa-



ciente deja de ser entre un médico con poder sobre un enfermo infantilizado y se transforma en una relación dialógica en la que ambos son escuchados y entre ambos es construido el conocimiento sobre la patología y sobre el enfermo en sí mismo. Pasamos entonces a una medicina basada en evidencias, pero también en valores, tal como lo expone (López, 2008) en su definición:

“El conocer permite el acceso al mundo de las esencias, y esto es lo que hace la medicina científica natural y la medicina basada en la evidencia (hechos). En cambio, el sentir emocional proporciona un acceso inmediato al mundo de los valores. Los valores de los seres humanos son diferentes y legítimamente diferentes, y son también particulares. Repararnos en los valores sólo cuando son diversos o conflictivos y, por lo tanto, problemáticos y, por eso, las discrepancias son inevitables. El progreso científico crea nuevas posibilidades de elegir y aumenta la diversidad de los valores humanos en juego. La primera fuente de información es la perspectiva del enfermo o de los grupos de enfermos, a los que concierne una decisión.” (pág. 54)

Esta definición plantea el reconocimiento del médico y del paciente como seres humanos, diferentes, inmersos en un proceso de diálogo en el que es fundamental actuar basándose en la sintomatología, el análisis del entorno y el análisis del discurso de ambos para que desde las diferencias se pueda construir el conocimiento en torno a la patología que afecta al enfermo que acude, ahora no sólo en búsqueda de una curación en manos del médico, sino también a ser oído, informado e incorporado en las decisiones que a la postre afectaran su desenvolvimiento.

Este giro en el paradigma de la medicina clínica, de centrarse en la enfermedad a centrarse en el paciente, hace que el enfermo sea visto de manera distinta, pero fundamentalmente que la visión del médico deba ser afrontada de manera distinta, quiere decir que cobra de nuevo significado la empatía, aquella que fuera abandonada o al menos limitada durante la aplicación del método clínico de manera cientificista.



Hasta el momento, la empatía es considerada como una interferencia a la actividad científica y por tanto se limitó al médico para que procurara una comprensión biomédica de la enfermedad sin el entendimiento humano del paciente portador de esta. Pero en una relación dialógica y de participación es necesario que exista la empatía suficiente para generar confianza y que de esta derive la calidad en la atención del enfermo, sobre quien finalmente recae el objetivo final de preservación de su vida. No queriendo decir con esto, que haya que desechar el método clínico, las evidencias y el estudio detallado de la enfermedad, sino que todo esto debe hacerse en el marco de una relación más humana entre el médico y el enfermo, tal como lo afirman (Ramiro & Cruz, 2017):

“Esto no pretende desacreditar a la medicina basada en evidencias, ni afirmar que todo el adelanto técnico científico no sirve, por el contrario, pretende reflexionar acerca del uso racional y humanista de estos adelantos, sin posicionarlo como la verdad absoluta, ni como guía inequívoca del quehacer médico, sino como complemento de la verdadera razón de ser de cualquier profesional de la salud: el paciente y su padecer y que, como personas que somos tanto pacientes como personal de salud, la manera más eficaz que tenemos para comunicar, entre otras cosas, las dolencias físicas y emocionales, es la comunicación que emana de las relaciones interpersonales.” (pág. 302)

En ese sentido, la empatía se transforma también en el pilar de la relación médico – paciente, es a través de esta que el clínico se logra acercar al enfermo para realizar un diagnóstico adecuado, transformándola entonces en un vehículo para fomentar la práctica clínica en un sentido científico. Es la relación médico–paciente la que permite determinar los mecanismos de diagnóstico y tratamiento de cada enfermedad, observando sus manifestaciones en cada individuo o grupo de individuos, permitiendo al clínico, quien está dotado de la sistematización científica, generar nuevos conocimientos a la velocidad que los adelantos tecnológicos exigen en nuestros tiempos.



En consecuencia, el médico cuyas relaciones están basadas en la empatía y la escucha a sus pacientes tiene mayores posibilidades de éxito en el hallazgo de la enfermedad y su conducta terapéutica adecuada. Así lo indica (García, 2015):

“En otras palabras, que el médico se ponga en los zapatos del paciente, que se involucre con él no sólo en el cuidado del cuerpo humano, sino también en sus sentimientos, su alma, su espíritu, en lo que conforma al ser humano en sí como un todo. En la medida en que el médico entienda lo que el paciente piensa y siente, mejor será la atención que ofrezca; de este modo la empatía se convierte en el vehículo de la relación interpersonal médico-paciente” (pág. 205)

Finalmente, la construcción de una relación médico – paciente en la actualidad, amerita el concurso de la definición de una nueva medicina clínica, que incorpore los elementos propios del momento histórico por el que atravesamos, la tecnología, los avances científicos en otras áreas, la incidencia de la información, el tipo de paciente, la ética, la participación y la autonomía del enfermo, el análisis del entorno y la comprensión del propio clínico como ser humano al que también le corresponde lidiar con sus características subjetivas.

Todo esto, más que adentrarnos en un mundo desconocido, nos hace retornar a la esencia de la medicina y del clínico como investigador holístico, interesado en conocer todos los aspectos de la enfermedad, acucioso, buscador incansable de la verdad científica, interactuando de forma desinhibida con otras ciencias, artes y oficios, desde una perspectiva transversal y longitudinal, abandonando paradigmas de verticalidad en la que se coloque al médico o la propia medicina en la cúspide. Hace retomar la idea de la medicina clínica sistemática pero humana, donde el mejoramiento de la calidad de vida y la preservación de esta es el objetivo fundamental.

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEL NUEVO SIGLO AMERITAN UNA NUEVA MEDICINA CLÍNICA





La medicina centrada en la enfermedad busca el estudio de las patologías, su comprensión y erradicación, como fuente para la salud y vida de los pacientes. Sin embargo, con los grandes avances científicos y tecnológicos, además de los cambios en el estilo de vida de la sociedad actual se ha visto la aparición de enfermedades que pueden ser catalogadas como pertenecientes a esta nueva sociedad. Si bien se han erradicado patologías que fueron endémicas durante los siglos XIX y XX, y se ha sido exitoso en la desaparición de enfermedades infecciosas y bacterianas, esta era se presenta con retos en cuanto a la aparición de patología de origen idiopático, carácter ocupacional y crónicas en virtud de los hábitos propios del individuo que las padece.

El médico en la actualidad se enfrenta pues a la realidad de atención de pacientes que, se cree, no van a recuperar la salud y cuya única salida es una sobrevida que respete su dignidad procurando el mayor bienestar posible conviviendo de forma definitiva con la enfermedad. De esta manera, ya no es solamente el paciente el que es atendido por el clínico, sino que la familia y el entorno cercano al enfermo juegan un rol fundamental, pues se encargan de los cuidados y atenciones que requiere, además de conjugar parte del entorno que a la larga va a influir en el desenvolvimiento y desenlace de la enfermedad.

La cronicidad de las enfermedades trae consigo la degeneración del organismo por fatiga o sufrimiento constante, por lo que la medicina clínica, ante la enfermedad crónica se prepara para la atención multidisciplinaria de los diferentes síntomas consecuentes a una enfermedad, que pasa a ser considerada más una condición perenne en el individuo que la padece. Desde esta perspectiva, se hace imprescindible transformar la visión de la medicina clínica, de una ciencia exacta de tratamiento de la enfermedad a una ciencia holística que incorpore la transdisciplinariedad y la comprensión de la complejidad para la comprensión del problema y la búsqueda de la solución.

La epidemia mundial de enfermedades crónicas con elevados índices de morbilidad evidencia que el método clínico y su aplicación en



la actualidad merecen al menos una revisión en cuanto a la vigencia de la totalidad de sus postulados, así lo afirma (Suárez, 2010):

“La medicina deslumbra a la gente con sus artificiales adelantos, pero resultan ilusorios (...) ¿Dónde están sus progresos científicos si cada día se centuplican los médicos, las farmacias, los laboratorios, los dispensarios, los hospitales y los manicomios?; o sea, el planeta entero se ha convertido en un inmenso hospital. Se cuentan por millones los individuos: gotosos, insomnes, anémicos, enfermizos, hipertensos, cardíacos, nerviosos, alérgicos, asmáticos, depresivos, artríticos, hepáticos, nefríticos, cancerosos, diabéticos, reumáticos, minusválidos, enfermos mentales, dolientes de la vista, del oído, del estómago, etcétera, etcétera. La salud auténtica, que debería ser general, es sólo privilegio de unos pocos; la mayoría de la humanidad está enferma o medio enferma.” (pág. 26)

En ese sentido, el médico clínico en el siglo XXI está llamado a ser un verdadero investigador, buscador de conocimiento científico a través de la evaluación clínica y la revisión de casos anteriores, pero también a través de la evidencia que se le presenta en el consultorio, con cada uno de los pacientes. Un auténtico investigador, que se interrelacione con otros colegas, pero también con otros científicos y que sea capaz de buscar respuestas en áreas que tal vez no tengan una relación evidente con su campo de estudio.

Contar con una nueva medicina clínica, que tenga presente las diferentes patologías según la sintomatología que refiere el paciente, pero que se aboque al estudio del por qué de la cronicidad de las enfermedades, más que en las enfermedades crónicas, es la necesidad imperante de los nuevos tiempos.

3.1. Práctica clínica para el diagnóstico de las enfermedades crónicas

El método clínico conduce al diagnóstico de las enfermedades mediante un proceso sistemático de revisión de los síntomas que presenta el pacien-



te, de esta forma el médico cumple con pasos preestablecidos de abordaje:

- Observación del paciente en consulta.
- Interrogatorio inicial.
- Examen físico.
- Valoración paraclínica.

Esto no es diferente para el diagnóstico de enfermedades crónicas, sin embargo, el proceso se cumple de un modo un poco más complejo, por cuanto las manifestaciones de estas no son siempre idénticas de un paciente a otro, o simplemente pueden confundirse con diagnósticos iniciales de cualquier otra patología que no implique cronicidad.

De esta manera, un paciente puede acudir con síntomas de un padecimiento sencillo y conocido en la práctica clínica y significar la aparición temprana de manifestaciones de una afección crónica de gravedad. Por lo tanto, es rol del médico añadir en su análisis la repetición de los síntomas, el historial anterior del paciente y ser exhaustivo en la valoración del paciente, aún cuando crea que tiene el diagnóstico establecido. Esto permite la detección temprana de la enfermedad y por consiguiente la atención adecuada para una sobrevida de calidad para el paciente.

Adicionalmente, es importante para el clínico en la actualidad, reconocer que muchas de las enfermedades crónicas, son también epidémicas a nivel mundial, afectando a grandes grupos poblacionales con características particulares, por lo que dentro del análisis clínico se hace necesaria la comparación de los síntomas comunes y la valoración del entorno del paciente, para generar un diagnóstico o al menos iniciar los estudios paraclínicos necesarios para su confirmación.

El clínico debe colocar las enfermedades crónicas como parte de las posibles patologías que el paciente está presentando y en ese sentido debe orientar el diálogo, a fin de que se generen propuestas de diagnóstico temprano, tomando en consideración las múltiples aristas de la relación médico – paciente y el impacto que puede ocasionar en cualquier persona el



conocimiento o sospecha sobre el padecimiento de una enfermedad crónica. Es importante que, aunque no se descarte la posibilidad de encontrarse frente al diagnóstico de una enfermedad crónica, tampoco se plantee esta sin asidero lógico, técnico, como hipótesis de primera opción, por cuanto el estado de ánimo en el que se coloca el paciente ante esta información puede ocasionar modificaciones durante la indagación necesaria.

La práctica de la medicina clínica en torno al diagnóstico de las enfermedades crónicas debe ser orientada desde la perspectiva de la complejidad, asumiendo un paradigma holístico – integral, que permita al médico ser un investigador y al paciente ser partícipe consciente de todo el proceso de diagnóstico.

En primer lugar, debe darse un proceso de observación exhaustivo y el interrogatorio inicial, así como el examen físico deben darse en medio de una relación de diálogo, en la que el paciente y el médico interactúen en la búsqueda de síntomas y condiciones que hagan sospechar de alguna patología particular. El interrogatorio inicial deja de ser entonces una lista de preguntas indagatorias de respuesta cerrada y va mucho más allá, a la conversación profunda con el paciente sobre su sintomatología, las manifestaciones variadas de la enfermedad, el tiempo que tiene padeciendo y las interrelaciones que pudieran haber pasado desapercibidas pero que pueden resultar de relevancia para el análisis clínico.

Igualmente, el examen físico debe realizarse completo, indistintamente de los síntomas que refiera el paciente, pues con la existencia de enfermedades crónicas las manifestaciones visibles de estas pueden ser tan sólo la punta del iceberg, y subyacer eventos clínicos de relevancia que sólo se hacen evidentes ante el examen físico detallado. De esta manera, el practicante de la medicina clínica debe ser cuidadoso al elaborar una hipótesis diagnóstica e indicar la conducta terapéutica inicial.

Para el diagnóstico de este tipo de enfermedades, el clínico debe considerar que tan epidémicas son en el entorno en que se encuentra, de esta forma puede facilitarse los mecanismos de diagnóstico, cuidando, desde



el punto de vista ético, de no establecer alguna de estas patologías como bandera en sus intervenciones, o considerarse un “diagnosticador” infalible de alguna enfermedad particular. El clínico debe conservar el espíritu científico que acompaña a la actividad médica y aunque parezca obvia la hipótesis de determinada patología, debe cumplir el ciclo completo de confirmación diagnóstica antes de proceder con una conducta terapéutica determinada.

3.2. Elementos paraclínicos y exógenos al hecho médico

Una vez realizado el diagnóstico inicial o elaborada la hipótesis sobre la existencia de una enfermedad crónica, corresponde continuar con su confirmación o negación, conforme a los pasos sistemáticos del método clínico. De esta forma, el médico debe proceder a indicar todas las pruebas paraclínicas necesarias para la confirmación de dicho diagnóstico. Ahora bien, para que esta indicación tenga efectividad, debe tener en cuenta dos aspectos, el primero relacionado al tipo de evaluaciones paraclínicas que indicará, unido a una conducta terapéutica inicial, y el segundo aquel que guarda relación con la subjetividad y el entorno del paciente y que son considerados por la práctica clínica como ajenas al hecho médico.

Estos aspectos no pueden desligarse el uno del otro si se quiere lograr efectivamente la primera meta, que significa la confirmación o negación del diagnóstico, por cuanto de la subjetividad y el entorno del paciente dependerá la indicación y realización de los tipos de pruebas paraclínicas necesarias. Para ello, el paso previo debe contar con un diálogo sincero con el paciente y su familia o acompañante en una primera consulta y se debe considerar el ciclo psicológico que el paciente cumplirá ante el diagnóstico inminente de este tipo de patologías.

Entonces, ante la sospecha o hipótesis de existencia de una enfermedad crónica, el clínico debe iniciar la valoración de los aspectos exógenos al hecho médico para garantizar que la conducta terapéutica será aceptada



por el paciente. Desde este punto de vista es importante reconocer los aspectos psicológicos propios de la patología a la que nos pudiéramos estar enfrentando, pues, el primer elemento con el que el paciente topará será consigo mismo y con la actitud de su acompañante en consulta.

En aras de la ética y de los derechos del paciente, el clínico debe siempre indicar las hipótesis que está considerando en torno al diagnóstico de una enfermedad crónica, señalando los síntomas y manifestaciones por las que considera que pudiera generarse dicho diagnóstico. Pero, al mismo tiempo debe señalar las pruebas paraclínicas y demás hipótesis que puede estar manejando. Todo esto, evaluando al mismo tiempo las condiciones sociales, económicas e incluso psicológicas del paciente. No debe extrañarse el clínico de que el paciente en una primera instancia niegue el diagnóstico o procure discutir la sintomatología para generar una hipótesis distinta, recordemos que en los primeros estadios, sospechar sobre la existencia de una enfermedad crónica genera shock y negación.

Ante esta situación, el clínico tiene la responsabilidad de explicar detalladamente las causas que originan la condición crónica, la sintomatología específica, las consecuencias y la expectativa de sobrevida y de calidad de vida a partir de un diagnóstico en el momento específico que acude el paciente a consulta. El rol del médico va entonces a ser la de un conciliador, de forma que el paciente comprenda la responsabilidad sobre su enfermedad y acceda en primera instancia a la realización de las pruebas que sean necesarias para la confirmación del diagnóstico.

Otro aspecto importante es la de la incorporación de la familia desde este primer momento, pues permite generar una red de apoyo real y sincera alrededor del enfermo. No obstante, el médico debe llevar a cabo este proceso de la mano y bajo la aprobación del paciente, es recomendable analizar el entorno familiar y procurar una comunicación adecuada, al respecto (Vázquez, Ramírez, & Zarco, 2001):

“Es fundamental tener una adecuada comunicación con la familia, la cual deberá hacerse de manera individual y conjunta



a todo el núcleo familiar. La información debe ser coherente, actualizada y comprensible. Hay que huir de los tecnicismos y respetar el lenguaje simbólico de la familia. En esta situación debemos demostrar nuestras habilidades en la comunicación, tratando de hablar de manera concisa, suave, despacio, repitiendo la información cuantas veces sean necesarias para que sea bien comprendida. Siempre evitaremos el pacto del silencio, como se ha comentado anteriormente, y trataremos de posicionarnos junto al enfermo” (pág. 25)

El clínico debe apoyar al enfermo a superar las primeras etapas de shock y negación, avanzando hacia la aceptación y disposición al tratamiento, pues de lo contrario pudiera no trascender del diagnóstico e incrementar la probabilidad de fallecimiento o desmejoramiento de la calidad de vida del paciente, ocasionado por la sobrevida en padecimiento de una enfermedad crónica sin tratamiento, o con terapias inadecuadas al estadio de la enfermedad. Por ello, aun cuando el paciente no se sienta en condiciones de incorporar a la familia, o el patrón familiar no permita la información a esta, el clínico debe ubicar el entorno humano más cercano al paciente para incorporarlo al proceso de diagnóstico y conducta terapéutica de este tipo de enfermedades.

Adicionalmente, en la práctica clínica actual es indispensable la valoración del entorno físico del paciente, el cual se compone de sus condiciones socio económicas que demarcaran los patrones culturales y posibilidades materiales que tiene el paciente para cumplir en primera instancia con las pruebas paraclínicas que son requeridas para la confirmación del diagnóstico y luego el seguimiento de una conducta terapéutica determinada.

El médico debe ser consciente de estas condiciones desde el mismo instante que inicia su interrogatorio, pues no sólo le brinda información sobre los factores ambientales que inciden en la existencia de la condición sospechada, sino también sobre las posibilidades reales de tratamiento, la predisposición o propensión del paciente a dejarse asistir médicamente e incluso las posibilidades que tiene en términos temporales de auto aten-



derse durante un tiempo prolongado, de ser necesario durante esta etapa diagnóstica. Por ejemplo, si un paciente es responsable económico de todo su grupo familiar y realiza un trabajo que lo expone a cierto tipo de productos químicos que pueden inducir al cáncer, es probable que iniciar una terapia requiera que el paciente se aleje de dicha fuente y en consecuencia se perdería el soporte material de toda la familia, con lo que muy seguramente el enfermo, si no se encuentra en condiciones incapacitantes, decida continuar en su actividad y rechazar ese tipo de tratamientos.

En ese sentido es importante que el médico asuma también el nivel de atención en salud en el que se encuentra atendiendo al paciente, por cuanto estando en salud familiar o primaria será más fácil procurar un diagnóstico o indicar al paciente cierto tipo de exámenes, dado que se cuenta con el tiempo y la dedicación necesarios para hacer el acompañamiento que requiere en esta primera etapa, pero al mismo tiempo se tendrá limitantes en cuanto a las pruebas paraclínicas a las que se tendrá acceso, limitándose a pruebas rutinarias en sangre y revisiones básicas de rayos X o tomografía. Mientras tanto, en niveles de salud tipo II o superiores el clínico tiene mucha menos capacidad de acompañar “humanamente” el proceso del paciente, pero mayores capacidades de indicar evaluaciones diagnósticas de mayor complejidad. En este caso, de acuerdo a si se encuentra ante un paciente con posibilidades materiales o respaldado por aseguradoras, podrá garantizar la realización de evaluaciones paraclínicas de mayor complejidad.

Finalmente, el clínico también debe considerar los aspectos transdisciplinarios en el diagnóstico que está realizando, fundamentalmente basado en el estilo de vida del paciente, su incidencia en el diagnóstico de la enfermedad y los cambios que puede indicar a manera de terapia temporal durante el proceso de confirmación de la hipótesis que maneja. Esta transdisciplinariedad no debe ser confundida con la interdisciplinariedad, es decir, no se trata de indicar una interconsulta o una segunda opinión médica, por cuanto hasta no tener realizadas las pruebas paraclínicas y confirmado el diagnóstico, aun cuando el paciente tiene derecho de buscar otra opinión clínica, no se tiene asidero suficiente para realizar una terapia definitiva o



“etiquetar” al paciente como enfermo crónico.

Esta transdisciplinariedad se trata de poner a prueba el carácter del médico como investigador, capaz de relacionar su especialidad con otras que pueden encontrarse o no dentro del campo de la medicina, instar al paciente a cambios en su estilo de vida, alimentación, trabajo e incluso relaciones intra e interpersonales, que permitan no solamente recuperarse eventualmente de una enfermedad crónica, sino mejorar su condición general de salud.

3.3. Medicina clínica en el tratamiento del cáncer

Una de las epidemias del siglo XXI es el cáncer, la proliferación de las células oncocénicas en el cuerpo, ocupando uno o varios órganos interfiriendo con su funcionamiento o induciéndole a fallas orgánicas irreversibles. Sin causas aparentes conocidas y con una sintomatología y manifestación variada, el cáncer no discrimina edad, raza, religión o condición socio económica. Aun cuando hay sociedades con menor incidencia de esta enfermedad, es catalogada como una epidemia mundial.

El diagnóstico clínico del cáncer es variable y depende de la zona que se afecte de manera directa y en gran medida del conocimiento que el paciente tenga sobre su propio cuerpo. Es necesario destacar que el enfermo no espera el diagnóstico de cáncer y que muchas veces acude en fase de shock por sospechas propias de que su estado de salud está deteriorado de forma irreversible, por lo que acude al clínico en busca de que su diagnóstico sea negado más que confirmado. Entonces, el clínico tiene una primera tarea de tranquilizar al paciente en cuanto a las expectativas que presenta al momento de llegar a la consulta.

Sabemos que la conducta terapéutica indicada para el tratamiento de cualquier enfermedad en la clínica tradicional es la referida al tratamiento farmacológico o quirúrgico, sin embargo, en términos de cáncer es nece-



sario que el médico adopte la visión de la nueva medicina clínica y dirija su atención en primera instancia al paciente – persona – y no a la enfermedad, luego a su entorno familiar y ambiental y finalmente a la terapéutica tradicional.

La mortalidad a causa del cáncer en los últimos tiempos ha sido tan elevada, que el paciente diagnosticado por lo general se crea expectativas de una sobrevida de mediana calidad durante un tiempo que le permita “resolver” lo que considera pertinente antes de su muerte y no se plantea entre las opciones, la capacidad de generar un tratamiento con el que preservar su vida con calidad verdadera. Entonces, el clínico tiene una primera labor en torno a estas expectativas y procurar que el paciente comprenda la labor fundamental que tiene para su tratamiento, en ese sentido es válido señalar lo descrito por (Barrio, 2014):

“Cuando un paciente toma el firme propósito de curar su enfermedad, puede orientarse y guiarse de un médico con experiencia, pero es cuestionable delegar toda la responsabilidad de su rehabilitación a un tercero, ya que cada individuo es comandante en jefe de su propio cuerpo y de su destino. Una íntima voluntad de curarse es el motor principal que instiga el proceso de autocuración” (pág. 99)

Se trata de que el paciente asuma con responsabilidad adulta el proceso y la conducta terapéutica que se va a adoptar. El clínico debe pasear por las diferentes opciones, las que además pueden no ser mutuamente excluyentes, y asumir que el derecho del paciente a indagar y conocer sobre su diagnóstico, más aún en una sociedad donde el acceso a la información es universal y libre, permitiendo al paciente tomar decisiones respecto de su propio cuerpo, con suficiente información y un manejo real de esta. Por ello, el médico debe realmente buscar una relación de diálogo en la que el paciente pueda asumir las decisiones de manera verdaderamente consciente, no sólo en casos de cáncer sino para el tratamiento de cualquier enfermedad crónica. Al respecto (Jovell, Navarro, Fernández, & Blancafort, 2006) indican:

“En condiciones de asimetría de conocimiento, corresponde al profesional valorar hasta qué punto el paciente quiere y puede tomar decisiones informadas, además de ayudarlo en ese proceso mediante la utilización de un modelo de relación más deliberativo o consensuado. En segundo lugar, se ha de valorar que el hecho de acceder a más información significa eso: acceder a más información, sin que ello se asocie siempre con una mayor calidad de la decisión que se va a tomar. Desde esta perspectiva, lo importante no es acceder a un mayor volumen de información, sino acceder a la mejor información y a la que mejor responde a las necesidades del paciente.” (pág. 236)

El oncólogo o especialista que está ante un paciente con cáncer además debe mantener su sentido humano y comprender que en oportunidades se convierte en un guía no sólo terapéutico en términos farmacológicos, sino también psicológico ante un enfermo cuya expectativa general es la de no sobrevivir. Ante esta realidad es importante destacar que el médico en su práctica clínica debe incorporar a la familia y solicitar al paciente que se haga acompañar durante su proceso de curación, pues en este caso, el estado de shock, de negación o de resignación pueden entorpecer cualquier conducta terapéutica, ya que el paciente en soledad se centra en su expectativa, tal como lo señala (Navarro, 2017): “Al igual que ocurre con el recuerdo, la expectativa del sufrimiento ya nos hace sufrir” (pág. 106).

En ese sentido, es importante incorporar la comunicación con la familia o con el entorno íntimo del paciente a la conducta clínica, por cuanto esta le permite al médico llevar a cabo un diagnóstico dando la información de forma adecuada y tranquilizante, cubrir aspectos psicológicos del paciente, orientar la búsqueda de un cuidador principal en caso de que el paciente lo amerite, entre otros. Así, dentro del método clínico de tratamiento del paciente con cáncer y de cualquier enfermedad crónica de elevada mortalidad, es necesario incorporar los elementos referidos al análisis familiar y su complejidad.

Una vez establecidos los aspectos psico sociales del paciente y a partir



de estos el esquema de comunicación que se tendrá en la relación médico – paciente, entonces el clínico puede diseñar un plan terapéutico adecuado, tomando en consideración si será el especialista principal del caso o si será parte del equipo de apoyo de este. Debemos reconocer que en la actualidad, la fragmentación de la medicina conlleva a la subespecialización del oncólogo en tantas áreas como órganos del cuerpo pueden ser afectados por la enfermedad, sin embargo, la conducta clínica debe contar con una profunda y muy consciente transdisciplinariedad.

Si el oncólogo actúa de manera individualizada puede tener éxito en los tratamientos de tipo quirúrgico, pero con un elevado nivel de recidiva de la enfermedad y con efectos adversos de mayor magnitud para el paciente. Si bien no se recomienda la visita individualizada a tantos especialistas por parte del paciente, sí es necesario que la conducta clínica del médico principal sea nutrida por otros especialistas que le permitan ahondar en la investigación, no de la enfermedad, sino de la manifestación de esta en el paciente que está tratando.

El oncólogo debe generar interconsulta, pero también debe presentarse como un verdadero investigador clínico con cada uno de sus pacientes. Conocer los aspectos psicológicos, sociales, nutricionales, de estilo de vida en general que pueden afectar de manera positiva y negativa al paciente en específico. Generar una relación dialógica en la que el paciente también reconozca estos aspectos, y finalmente llevarle a tomar la decisión de modificación de aquellos que influyen negativamente y fomentar los que pueden incidir de forma positiva en la curación o remisión del cáncer.

El clínico, en el tratamiento del cáncer puede proceder de forma tradicional, realizando las evaluaciones paraclínicas, informando al paciente y actuando de forma inmediata con los procedimientos quirúrgicos de extirpación, farmacéuticos de quimioterapia y de sostenimiento con radioterapia, sin considerar los aspectos del estilo de vida propios del paciente. En este caso, el enfermo puede no superar el proceso terapéutico o tener una recaída de la enfermedad en el corto plazo.



Entonces, la medicina clínica para el tratamiento del cáncer debe basarse en el paciente, ser holística, vista desde los paradigmas de la complejidad, colocar al médico como un investigador y no como un tenedor de la verdad, ser transdisciplinaria más que multidisciplinaria, incorporar a la familia, reconocer las decisiones del paciente, informar de manera exhaustiva, pero sobre todo presentar opciones de tratamiento que incluyan la revisión profunda de las características del paciente y su entorno, que pueden haberlo conducido a esta condición.

3.4. Medicina clínica en el tratamiento de la diabetes

En primera instancia es necesario aclarar que este apartado trata sobre el tratamiento clínico de la diabetes tipo II, aquella considerada del adulto o no congénita, pues es la que se ha hecho epidémica en el mundo occidental durante los últimos años.

La diabetes, definida de forma sencilla, es reconocida como la incapacidad del organismo de procesar y mantener niveles adecuados de azúcar o glucosa en sangre. Su diagnóstico clínico se origina de la evaluación en sangre de dichos niveles, declarando diabético:

- Aquel que tenga al menos 3 valoraciones en ayunas por encima de los valores de referencia.
- Aquel que tenga la combinación de Hemoglobina Glucosilada elevada más al menos 1 resultado en ayunas por encima de los valores de referencia.
- Aquel con estudios de carga glucosada con resistencia a la insulina, combinada con glucosa en ayunas elevada y Hemoglobina Glucosilada elevada.

Sin embargo, existen elementos clínicos en el examen físico y la sinto-



matología que pueden ser cruciales para su diagnóstico, tales como:

- La medición de la circunferencia abdominal.
- Obesidad.
- Acantosis Nigricans.
- Hiperlipidemia referida por el paciente.
- Adicción a los carbohidratos referida por el paciente.

Ahora bien, la diabetes tipo II por sí sola, la mayoría de las veces no representa una situación de riesgo o atención por parte del paciente, como sí lo son las consecuencias de la cronicidad de esta condición, la amputación, la ceguera, la falla renal, entre otros. Por lo tanto, la clínica en su tratamiento se dificulta en tanto el paciente adquiere la consciencia de que la falla orgánica se origina en la diabetes y no en sus consecuencias.

Dentro de las primeras consideraciones clínicas está la terapia farmacológica con hipoglucemiantes, sin embargo, esta no es exitosa si no se valora al paciente en su conjunto y las diferentes consecuencias que ya este causando la enfermedad en el organismo. Para el tratamiento de la diabetes es vital reconocer que no se trata de bajar “hoy” los niveles de azúcar en sangre, esto sería tratar el síntoma de la enfermedad y no la causa. Se trata entonces de revisar los factores por los cuales se ha elevado la glucosa y erradicar la causa verdadera de la enfermedad.

Corresponde entonces en primera instancia que el clínico investigue y estudie la enfermedad, reconozca que existe una condición hepática y pancreática que funcionalmente eleva los niveles de glucosa en sangre, tras conductas específicas del paciente. De esta manera, para establecer la conducta terapéutica es necesario determinar cuáles son las conductas específicas del enfermo que causan la disfuncionalidad del hígado y el páncreas, manteniendo si se quiere el tratamiento hipoglucemiante como apoyo.

Nada más complejo en la diabetes que revisar con el paciente sus características y verificar las causantes de su diabetes para establecer la modi-

ficación de dichos hábitos. Estos pasan por la alimentación, el sedentarismo, el estrés, entre otros, factores todos que conforman el patrón cultural individual y colectivo del paciente, no es casualidad que esta epidemia corresponda sólo con el mundo occidental “desarrollado” y “en vías de desarrollo”, mientras que su incidencia sea mínima en los países más pobres y en el mundo no occidentalizado.

El practicante de la medicina clínica debe evaluar el estadio de la condición, reconocer junto con el paciente el tiempo que tiene con el padecimiento, los cambios que por sí mismo ha realizado y los hábitos que se encuentra dispuesto a cambiar, además de las colaboraciones que puede obtener de su entorno inmediato y social. Muchas veces, el diabético asiste a consulta para ser tratado cuando ya sufre consecuencias de la cronicidad, como por ejemplo la pérdida nerviosa en miembros inferiores y esto complica aún más el análisis clínico obligando a actuar con la terapia farmacológica, casi como medida de urgencia para disminuir la glucosa y recuperar en alguna medida la condición por la que el paciente está asistiendo.

Una característica de la diabetes es que a pesar de su cronicidad puede ser muy bien controlada y revertidas la mayoría de sus consecuencias si se aborda desde la medicina clínica actual, basados en el paciente y en la evidencia y vista desde el paradigma de la complejidad. En ese sentido, el clínico debe en primera instancia buscar la comprensión de la enfermedad y su origen por parte del paciente, si este entiende que no es “el azúcar” el problema sino la funcionalidad hepática y pancreática, entonces tenemos gran parte del terreno ganado.

El enfermo que comprende el origen específico y funcional de su condición está en mejor ánimo de afrontarlo como un aspecto recuperable y no como una enfermedad crónica que sólo puede ser controlada bajando los niveles de glucosa por la vía farmacológica. Así, se dispone junto al médico en buscar una solución basados en la causa del problema y no en su manifestación clínica inmediata.

De esta manera, el clínico debe adoptar medidas no farmacológicas in-



mediatas que permitan la desintoxicación hepática, siendo esta la razón por la que precisamente, de ser posible con el paciente se debe evitar el consumo de medicamentos, y en segundo lugar medidas orientadas a la reactivación funcional del páncreas. Yendo directamente al origen, entonces es necesario como medida clínica la adopción de un sistema de alimentación bien estructurado.

El esquema de alimentación adoptado por un diabético debe ser construido junto con este, no debe verse como restrictivo, sino que debe evaluarse el efecto que cada alimento consumido tiene sobre sus dos órganos principales, de esta manera la alimentación se conforma como un procedimiento clínico en la medida que se transforma en una alimentación consciente, en la que el paciente reconoce el porqué de determinados alimentos y los efectos de su consumo sobre el organismo. En ese sentido, se debe trascender de la visión de un nutricionista cuando indica qué sí y qué no consumir, se debe tratar cada comida como la terapia farmacológica inicial y el paciente tiene que comprender cuáles serán los efectos adversos y los efectos positivos de cada bocado consumido.

Al tratarse de una enfermedad crónica, entonces su tratamiento debe tratarse con hábitos, sean estos de apego farmacológico “de por vida” o de implementación de hábitos. Por lo tanto, en el caso de la alimentación consciente se promueve no un régimen dietético, sino un cambio en los hábitos de consumo del individuo, cada paciente está en capacidad de reconocer los síntomas que su organismo presenta posterior a cualquier ingesta y en esa misma medida, indicar el apego a hábitos alimenticios que eviten la sobrecarga hepática y pancreática resultan más adecuados que la terapia farmacológica dirigida a disminuir la glucosa en sangre.

La continuidad clínica en el tratamiento de la diabetes tipo II, se basa sí en la revisión de la consecuencia inmediata: la medición de glucosa en ayunas, hemoglobina glucosilada, etc. y, en la revisión de las consecuencias secundarias, evaluación cardiovascular, visual, control de peso, entre otros. Pero, la verdadera actuación de la medicina clínica en este ámbito está basada en el control de los aspectos que pudieran ser considerados no



vinculados al hecho médico; la alimentación consciente, el ejercicio, la disminución del estrés.

3.5. Complicaciones de la diabetes

La diabetes eleva el nivel de glicemia en la sangre por encima de lo establecido. Estos altos niveles de glicemia en el organismo deterioran los ojos, riñones, nervios, piel, corazón y vasos sanguíneos. En lo relativo a los ojos un diabético podría tener problemas visuales, es decir, dificultades visuales, particularmente de noche, genera fotofobia. Los pies y piel pueden desarrollar úlceras. La infección también puede causar dolor, comezón o exudación en los pies, piernas y otras áreas (Alba, 2012).

La diabetes puede dificultar el control de la presión arterial y colesterol, subsecuentemente se originan probablemente ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares y otros problemas. En efecto, puede hacerse más difícil que la sangre circule hacia las piernas y los pies. Los nervios en el cuerpo pueden resultar dañados, causando dolor, ardor, hormigueo y pérdida de la sensibilidad. El daño a los nervios también puede hacer que para los hombres sea más difícil tener una erección. Pueden aparecer problemas para digerir el alimento ingerido, el paciente es probable que sienta debilidad o tener problemas para tener una deposición (Suárez, 2010).

Así mismo, afectan a los riñones. Los riñones podrían no trabajar de forma óptima y pueden incluso detener su funcionamiento, en consecuencia, llevaría a diálisis o un trasplante de riñón. Las personas con diabetes frecuentemente tienen depresión y las dos enfermedades pueden estar relacionadas. Algunas mujeres con diabetes pueden tener periodos irregulares y pueden tener problemas para quedar embarazadas. La diabetes aumenta el riesgo de demencia. La diabetes aumenta el riesgo de enfermedades óseas, incluyendo la osteoporosis.



3.6. Neuropatías periféricas

El daño en los nervios causado por la diabetes se llama neuropatía diabética. Aproximadamente la mitad de todas las personas con diabetes tienen algún tipo de daño neurológico. Es más común en quienes han tenido la enfermedad por varios años y puede causar muchos tipos de problemas. Al mantener el nivel de glucosa en la sangre dentro del nivel deseado, eso puede ayudar a prevenir o retrasar el daño en los nervios.

Las personas con diabetes pueden tener muchos problemas diferentes en los pies. Incluso los problemas normales pueden empeorar y llevar a complicaciones severas. Los problemas de los pies generalmente se producen cuando hay daño a los nervios, lo que se denomina neuropatía, que resulta en la pérdida de sensación en los pies. La mala circulación y cambios en la forma de los pies o dedos también pueden causar problemas.

Aunque puede causar dolor, el daño a los nervios debido a la diabetes también puede disminuir la sensibilidad al dolor, calor o frío. La pérdida de sensación a menudo significa que es posible que no sienta una lesión en los pies. El daño a los nervios también puede causar cambios en la forma de los pies y dedos. La diabetes puede causar cambios en la piel de los pies. Es probable que la piel este reseca y agrietada. El problema reside en que los nervios que controlan la grasa y humedad de los pies ya no funcionan.

A las personas con diabetes les salen callos con más frecuencia y les crecen más rápido. Esto se debe a que hay puntos de mucha presión en la planta. Si los callos no se cortan. Las llagas suelen ocurrir en la parte anterior de la planta del pie o la planta del pulgar. Las llagas en los lados del pie generalmente se deben a zapatos que no quedan bien. Las llagas que se descuidan pueden infectarse, lo que a su vez puede resultar en la pérdida de la extremidad.



3.7. Nefropatías

La diabetes, si no se controla adecuadamente, afecta a los riñones y hace que fallen. Cuando los riñones fallan, pierden su capacidad de filtrar los productos de desecho, lo que resulta en nefropatía. Un alto nivel de glucosa en la sangre hace que los riñones filtren demasiada sangre. Todo este trabajo adicional afecta los filtros. Después de muchos años, empiezan a tener fugas y se pierde proteína útil en la orina. La presencia de una pequeña cantidad de proteína en la orina se denomina microalbuminuria.

Cuando se diagnostica la nefropatía en las fases iniciales, durante la microalbuminuria, varios tratamientos pueden prevenir que empeore. La presencia de una mayor cantidad de proteína en la orina se denomina macroalbuminuria. Cuando se detecta la nefropatía en las fases avanzadas, durante la macroalbuminuria, por lo general resulta en insuficiencia renal o insuficiencia renal en etapa final.

Con el tiempo, el estrés del funcionamiento excesivo hace que los riñones pierdan su capacidad de filtración. Luego se comienzan a acumular productos de desecho en la sangre.

El control estricto de la glucosa en la sangre y presión arterial son importantes tratamientos para la nefropatía. La presión arterial tiene un efecto considerable en la velocidad con la que avanza la enfermedad.

3.8. Glaucoma y retinopatías

La diabetes causa problemas de los ojos que pueden resultar en ceguera. Las personas con diabetes, de hecho, tienen un riesgo más alto de ceguera que las personas que no tienen diabetes. Sin embargo, la mayoría de las personas con diabetes no llegan a tener complicaciones serias en los ojos. Con exámenes regulares, puede evitar que los problemas se vuelvan serios. Además, si surge un problema más grave, hay tratamientos que con



frecuencia son eficaces si los inicia de inmediato.

Las personas con diabetes son 40% más propensas a tener glaucoma que las personas sin diabetes. Cuanto más tiempo la persona haya tenido diabetes, más común es la presencia de glaucoma. El riesgo también aumenta con la edad. El glaucoma ocurre cuando aumenta la tensión o presión en el ojo. En la mayoría de los casos, la presión causa que el humor acuoso drene más lentamente, de manera que se acumula en la cámara anterior. La presión aplasta los vasos sanguíneos que llevan sangre a la retina y el nervio óptico. Se pierde la visión gradualmente porque se daña la retina y el nervio.

Las cataratas es una afección de los ojos es 60% más común entre las personas con diabetes. Además, las cataratas tienden a afectar a las personas con diabetes a menor edad y a avanzar más rápido. Con cataratas, el lente claro del ojo se nubla, bloqueando la luz. Para con un caso leve de cataratas, es posible que deba ponerse gafas de sol con más frecuencia y usar gafas con lentes antirreflejo. En el caso de cataratas que interfieren mucho con la visión, los médicos generalmente extraen el lente del ojo. A veces al paciente le trasplantan un nuevo lente. En las personas con diabetes, la retinopatía puede empeorar después de extraer el lente y pueden tener glaucoma.

La retinopatía diabética es un término general para todos los trastornos de la retina causados por la diabetes. Hay dos tipos principales de retinopatía: no proliferativa y proliferativa.

-Retinopatía no proliferativa: Con la retinopatía no proliferativa, el tipo más común de retinopatía, los vasos capilares en la parte trasera del ojo se hinchan y forman bolsas. La retinopatía no proliferativa puede tener tres etapas (leve, moderada y severa), a medida que se obstruyen más y más vasos sanguíneos.

A pesar de que la retinopatía por lo general no causa pérdida de visión en esta etapa, las paredes capilares pueden perder la capacidad de contro-



lar el flujo de sustancias entre la sangre y la retina. Puede haber fugas de líquido a la parte del ojo donde ocurre el enfoque, la mácula. Cuando la mácula se hincha con líquido, una afección llamada edema macular, la visión se vuelve borrosa y se puede perder del todo. Si bien la retinopatía no proliferativa generalmente no requiere tratamiento, es necesario tratar el edema macular, pero afortunadamente, el tratamiento generalmente logra detener y a veces revertir la pérdida de la visión.

2. Retinopatía proliferativa. En ciertas personas, después de varios años, la retinopatía avanza y se convierte en un tipo más serio, llamado retinopatía proliferativa. Con este tipo, hay tanto daño a los vasos sanguíneos que estos se cierran. En respuesta, comienzan a crecer nuevos vasos sanguíneos en la retina. Estos nuevos vasos son débiles y pueden tener fugas de sangre, lo que bloquea la visión y se denomina hemorragia vítrea. Los nuevos vasos sanguíneos también pueden causar cicatrices. Cuando las cicatrices se encogen, pueden distorsionar la retina o jalarla fuera de lugar, un trastorno llamado desprendimiento de retina.

Los factores que influyen en la retinopatía son (a) control de la glucosa en la sangre presión arterial, (b) tiempo que ha tenido diabetes, (c) factores genéticos(Alba, 2012). Las personas que mantienen un nivel de glucosa en la sangre que se aproxima al normal son menos propensas a la retinopatía o tienen casos más leves. La mayoría de las personas con retinopatía no proliferativa no presentan síntomas. Incluso con retinopatía proliferativa, el tipo más peligroso.

3.9. Medicina clínica en el tratamiento de cardiopatías

Las cardiopatías no congénitas, problemas vasculares, hipertensión, infartos, entre otros, cada día disminuyen la edad de incidencia. Anteriormente, formaban parte de las enfermedades de los adultos mayores, pero en la actualidad tienen incidencia en personas cada vez más jóvenes, asociándose a síndromes metabólicos y otras patologías frecuentes en virtud



del estilo de vida. Por ello, las cardiopatías no congénitas pueden ser consideradas como enfermedades de la sociedad actual.

Siendo enfermedades producidas por la sociedad, el médico clínico tiene un campo de actuación limitado fuera de las terapias farmacológicas e invasivas, luego de la aparición de sintomatología, esto por cuanto los cambios sociales están fuera del campo de acción de la medicina clínica.

Sin embargo, se puede hacer revisión del estilo de vida general y su incidencia en el estilo de vida particular de cada paciente, por cuanto son variadas las manifestaciones y síntomas de cardiopatías no congénitas. Entonces, quiere decir que la afectación del estilo de vida sobre cada paciente también es variada, de allí que el clínico parte del análisis holístico del caso, incorporando al paciente en todo el proceso de diagnóstico y tratamiento.

Para el caso de las cardiopatías, es vital la participación del enfermo, pues nuevamente, más allá de la terapia farmacológica necesaria para mitigar los efectos, se hace necesario un cambio en el estilo de vida particular que está afectando funcionalmente al organismo. No hay efecto positivo cuando se diluye la sangre con fármacos como la aspirina o la pentoxifilina si el paciente continúa expuesto a situaciones de estrés extremo que le originan sobresaltos repentinos (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Como vemos, en el caso de las cardiopatías es vital en la conducta terapéutica la revisión de los factores de riesgo, tales como (Valdivieso & Vicente, 2004):

- Consumo de estimulantes (café, té, tabaco, bebidas alcohólicas, bebidas carbonatadas, bebidas pasteurizadas).
- Hábitos de sueño y relajación.
- Actividad física y sedentarismo.
- Alimentación excedida en sodio.
- Actitud en las relaciones sociales y la cotidianidad.



Aun cuando esta revisión pudiera darse durante el diagnóstico, forma parte importante del tratamiento, pues hace ahondar en la causa de las cardiopatías crónicas.

Muchas veces se cataloga la cardiopatía como de causa iatrogénica, en desconocimiento o inobservancia de las causas que pueden ser consideradas como no médicas. Sin embargo, el hecho de que su origen no sea funcional no quiere decir que no tenga una solución dentro del método clínico. La medicina clínica ha sido acostumbrada a que la solución científica es la farmacológica, dado que surge de la investigación básica de la interacción biológica y química del fármaco en el organismo, pero no hay nada más alejado de la verdad, pues se puede tener una solución científica basada en el control sistemático de los hábitos de vida del paciente.

En ese sentido, si el clínico es exhaustivo en la aplicación del método durante sus primeras etapas, de obtención de la información y, aun basándose en la enfermedad, pudiera llegar efectivamente a la verdadera causa, y por consiguiente a la cura o control efectivo de esta mediante medidas que no necesariamente impliquen la terapia farmacológica. El médico debe ser proactivo en la actividad científica, sin caer en científicismos y tecnicismos que sólo lo conducen a la ceguera por ortodoxia.

Entonces, para el tratamiento de las cardiopatías, la conducta clínica debe estar orientada en dos sentidos, el farmacológico y el de corrección de los hábitos de vida, y para este último es necesario el concurso del enfermo, quien debe comprender las causas de la falla orgánica que está padeciendo, sea que tenga posibilidades de revertir la enfermedad o de realizar un control que le permita mantener o elevar su calidad de vida.

Finalmente, las cardiopatías no congénitas al devenir de las características sociales requieren de esquemas de prevención e información diseñados como políticas públicas globales, su tratamiento clínico será de carácter orientador en los aspectos relacionados al estilo de vida y la conducta terapéutica será la invasiva mediante cateterismo, colocación de marcapasos, etcétera, o farmacológica de acuerdo con el tipo de cardiopatía y



requerimientos del paciente.

3.10. Medicina clínica en pacientes con discapacidad

Para hablar de la medicina clínica en pacientes con discapacidad es necesario definir qué significa este término, inicialmente, discapacidad era asociado a la pérdida total de alguna capacidad física para desarrollar la actividad humana. En ese sentido, la discapacidad podría no significar una enfermedad, sin embargo, en la actualidad la discapacidad alcanza mayores ámbitos, como es señalado por (Fernández, Fernández, Geoffrey, Stucki, & Cieza, 2009):

“Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico). En este punto la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF) supone un cambio conceptual radicalmente distinto. Asume que todos podemos experimentar en un momento determinado de nuestra vida un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo del continuum de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de salud y factores contextuales (modelo biopsicosocial).” (pág. 776)

Quiere decir entonces que la discapacidad no se refiere a la cronicidad de una condición incapacitante o diferenciante del resto de la sociedad, devenida además de algún hecho trágico, sea este congénito o sucedido durante la vida del paciente, sino que se trata de la disfuncionalidad tem-



poral o permanente para desarrollar de manera plena cualquier actividad que pudiera considerarse normal. En ese sentido, toda persona que se considera enferma tiene también una discapacidad. Sin embargo, la medicina clínica debe prestar especial atención al paciente con discapacidad visto como condición crónica. Es decir, observar a todo enfermo crónico como un paciente con discapacidad y evaluar entonces todos los aspectos relacionados a esta característica.

El clínico en primera instancia debe evaluar si está con un paciente con discapacidad para el tratamiento de la propia discapacidad o si es un paciente con discapacidad que acude por un padecimiento diferente. Para el segundo caso, la aplicación del método clínico se realiza de forma tradicional, incorporando aspectos como la participación de la familia y del cuidador del enfermo, y la conducta terapéutica obedecerá al diagnóstico que se realice.

Ahora bien, en el primer caso, el médico entonces procede a verificar ante qué tipo de discapacidad se encuentra, en tanto la clasificación: mental, motora, visual, auditiva, etc. y en cuanto a de dónde proviene, si es congénita, adquirida accidentalmente o si es una enfermedad crónica. De acuerdo con la caracterización de la discapacidad entonces se puede definir el tratamiento clínico que debe llevarse a cabo, para la mitigación de las consecuencias de la condición.

La medicina clínica en el tratamiento de la discapacidad en si debe estar orientada a la integración del paciente en la sociedad. Esto puede ser tarea fácil cuando se trata de discapacidades provenientes de enfermedades crónicas epidémicas controlables y no contagiosas, como la obesidad, la diabetes o las cardiopatías; pero se transforma en un verdadero reto para aquellas condiciones diferenciantes, mortales o contagiosas, como el SIDA, Cáncer, parálisis, enfermedades mentales, entre otros.

De esta manera, la familia del paciente juega un rol fundamental ya que, visto como discapacidad, toda la familia nuclear del enfermo padece la discapacidad en la misma medida que el propio paciente, afectando siem-



pre en buena medida su interacción con el resto de la sociedad. Y es que la discapacidad refiere precisamente la forma en la que una persona puede interactuar con el medio que le rodea, considerándose como normal, de acuerdo con los parámetros establecidos en dicha sociedad.

Como en toda enfermedad crónica, el paciente y su familia pasa por los momentos de shock, negación y aceptación que inciden en la capacidad de definir y participar en su tratamiento, por lo tanto, el clínico debe contar con mecanismos de información cordiales y completos, con los que el paciente o su cuidador pueda generar expectativas reales sobre las consecuencias de su condición, colocando en perspectiva la reversibilidad del proceso discapacitante y la posibilidad de control de la enfermedad.

Una vez comprendida la discapacidad, el nivel de esta y sus consecuencias, por parte del paciente, entonces podrá decidir junto con el médico sobre la conducta terapéutica a la que recurrirá, los tratamientos farmacológicos, invasivos, de sostenimiento a los que estará dispuesto a someterse y lo que es más importante, los mecanismos de incorporación a la cotidianidad de manera normal, reconociéndose como un ser humano dentro de una sociedad de personas diferentes y desiguales.

En la medida que, para la medicina clínica, un paciente con discapacidad sea evaluado en reconocimiento de las diferencias y no de la desigualdad o la minusvalía, se podrá orientar el tratamiento a su integración plena en la sociedad.

CAPÍTULO IV

TEMAS DE OTORRINOLARINGOLOGÍA





4.1. Incidencia de la consulta en ORL

En primer lugar, las afecciones del oído presentan una mayor incidencia que los de nariz o garganta. La hipoacusia representa la principal causa de consulta de los pacientes que van al otorrino hospitalario (Tenor, De La Plata, Colomo, Conde, & Oliva, 2016). Estos autores desarrollaron un estudio en España en un hospital de segundo nivel desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2014, con el objetivo de conocer las características epidemiológicas y los principales motivos de consulta por los que acudían. Los resultados de este estudio da una idea de la mayor incidencia en una consulta de ORL, los hallazgos fueron los siguientes (Tenor, De La Plata, Colomo, Conde, & Oliva, 2016)

- En lo relativo a problemas óticos el 46% de los pacientes (54% de mujeres) presentaban patología de oídos, sobre todo hipoacusia (40% del total del grupo), mareos (16,5%) y otalgia (14,2%).
- En la categoría de problemas de garganta se registró un 29% de pacientes (el 62,30% mujeres); los más habituales fueron la sensación de cuerpo extraño (26,1% de este grupo), la disfonía (23%) y los ronquidos (17%).
- Entre las patologías nasales, que afectaron al 17,5% de los pacientes, la más frecuente fue la dificultad respiratoria nasal (52,8% del total de esta categoría) seguida por la rinorrea (21,9%) y la epistaxis (17,6%).
- Las consultas por otros motivos supusieron el 7,3% restante de los casos.

Dada la frecuencia de la hipoacusia, los mareos y los acúfenos, es necesario dotar a las consultas otorrinolaringológicas de equipos adecuados y personal adiestrado para la correcta realización de estudios de audición. Terminan confirmando los resultados con estudios previos, ratificando la amplia variedad de síntomas y patologías otorrinolaringológicas.



4.2. Consultas comunes y enfermedades silentes de la Otorrinolarin-gología

En sintonía con el estudio anterior las consultas más comunes y los sustratos de estas en una consulta de ORL son los siguientes (Consulta Otorrino , 2018):

1. Acúfenos: Se trata de zumbidos o ruidos en el oído que persisten dentro de él, pueden estar causados por diferentes orígenes, entre ellos cuadros de estrés.
2. Hipoacusia: Se presenta normalmente en la tercera edad como signo del desgaste propio del sistema auditivo. Sin embargo, los pacientes pueden presentar sordera súbita, que requiere una pronta atención de parte de un especialista para diagnosticar tempranamente la causa y, en consecuencia, realizar el pertinente tratamiento.
3. Mareos y vértigo posicional: Se trata de cambios en el sistema del equilibrio del oído. El paciente tiene la sensación de que la cabeza y el cuerpo se desplazan sin que ello se produzca realmente.
4. Amigdalitis: Se trata de inflamaciones de las amígdalas, muy común en niños. Generalmente son leves, pero algunos casos especiales precisan de una intervención quirúrgica.
5. Sinusitis crónica: Es una de las patologías nasales más comunes, principalmente por infecciones virales o estacionales. Esta enfermedad suele acompañarse de dolor en el rostro, en el contorno de los ojos, abundante mucosidad y presión en la cabeza.
6. Apneas del sueño: Las principales problemáticas de esta enfermedad se desencadenan a partir de la dificultad para descansar correctamente. Esta situación genera un debilitamiento de la calidad de vida por lo cual es importante tratarse a tiempo.



7. Tapón de cera: Se trata de cerumen impactado, que genera una sensación de tapón en el oído. Se puede diagnosticar a través de la exploración por otoscopio y requiere de un tratamiento sencillo.

8. Otitis Media Aguda: Se caracteriza por la presencia de exudado (seroso, mucoso, purulento o mixto) en la cavidad media del oído y se presenta por su intenso dolor de oído. Suele ser consecuencia de resfríos o aumentos de la mucosidad nasal por diferentes problemáticas como, por ejemplo, alergias.

9. Disfonía crónica: Puede presentarse como la enfermedad del Edema de Reinke. Los síntomas son un tono de voz bajo y dificultoso. Puede disminuir la potencia de las cuerdas vocales.

10. Fractura de tabique: Normalmente se produce por algún impacto fuerte en la estructura de la nariz. Según su gravedad será el tratamiento a seguir.

4.3. Diagnóstico y tratamiento de la apnea del sueño, una condición de la actualidad

El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) se define como “un cuadro de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos o inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño (Durán-Cantolla, Puertas-Cuesta, Pin-Arboledas, & Santa María-Cano, 2005). Estos episodios se miden con el índice de apneas-hipopneas (IAH).

Esta definición es controvertida. Así, considerar un IAH > 5 como anormal es discutible y es probable que el umbral de anormalidad sea diferente, en relación al sexo y a la edad (recomendación consistente, calidad de la evidencia baja). Las diferentes formas de SAHS pueden ser:



1. Apnea obstructiva. Ausencia o reducción $> 90\%$ de la señal respiratoria (termistores, cánula nasal o neumotacógrafo) de > 10 segundos de duración en presencia de esfuerzo respiratorio detectado por las bandas toracoabdominales.
2. Apnea central. Ausencia o reducción $> 90\%$ de la señal respiratoria (termistores, cánula nasal o neumotacógrafo) de > 10 segundos de duración en ausencia de esfuerzo respiratorio detectado por las bandas toracoabdominales.
3. Apnea mixta: Es un evento respiratorio que, habitualmente, comienza con un componente central y termina en un componente obstructivo.
4. Hipopnea: reducción discernible ($> 30\%$ y $< 90\%$) de la amplitud de la señal respiratoria de > 10 segundos de duración o una disminución notoria del sumatorio toracoabdominal que se acompaña de una desaturación ($\geq 3\%$) o un microdespertar.
5. Esfuerzos respiratorios asociados a microdespertares (ERAM): Período > 10 segundos de incremento progresivo del esfuerzo respiratorio (idealmente detectado por un incremento progresivo de la presión esofágica que acaba, con un microdespertar (no hay una reducción evidente de la amplitud del flujo –criterio de hipopneas-). También puede detectarse por periodos cortos de limitación del flujo –aplanamiento de la señal de la sonda nasal o reducciones del sumatorio toracoabdominal acompañados de un microdespertar).
6. Índice de apneas hipopneas (IAH)^b índice de alteración respiratoria (IAR): suma del número de apneas e hipopneas (es el parámetro más frecuentemente utilizado para valorar la gravedad de los trastornos respiratorios durante el sueño. Consiste en la suma del número de apneas + hipopneas + ERAM por hora de sueño (o por hora de registro si se usa una poligrafía respiratoria).

Definición de SAHS: $SAHS = 1 + (A \text{ o } B)$ 1. $IAR > 5$ asociado a uno



de los siguientes síntomas:

- A. Excesiva somnolencia diurna (ESD) no explicada por otras causas
- B. Dos o más de los siguientes
 - B1. Asfixias repetidas durante el sueño
 - B2. Despertares recurrentes durante el sueño
 - B3. Percepción del sueño como no reparador
 - B4. Cansancio y/o fatiga durante el día
 - B5. Dificultades de concentración

Los ERAM se incluyen como hipopneas (Capote, Masa, Jiménez, Peces-Barba, & Amilibia):

Los mecanismos fisiopatológicos del SAHS no son absolutamente conocidos y se sugiere un origen multifactorial donde interaccionan elementos anatómicos y funcionales. El colapso de la VAS se produciría como consecuencia de un desequilibrio de fuerzas entre las que tienden a cerrarla y las que la mantienen abierta. Se acepta que existen factores que tienden a cerrar la luz de la VAS secundarios a una deficiencia en sus reflejos, en los centros respiratorios o en la propia musculatura de la VAS, causando los diferentes eventos respiratorios y los trastornos fisiopatológicos y biológicos secundarios, para los que se ha sugerido una base genética y ambiental

El SAHS es una enfermedad muy prevalente en la población general que puede causar deterioro de la calidad de vida, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, accidentes de tráfico y se relaciona con un exceso de mortalidad; se considera el SAHS como un problema de salud pública de primera magnitud (Durán-Cantolla, Puertas-Cuesta, Pin-Arboledas, & Santa María-Cano, 2005), (Schünemann, Jaeschke, Cook, Bría, & El-Solh, 2006).

En cuanto a los factores de riesgo, la edad, el sexo masculino y el índice de masa corporal son los más importantes. La prevalencia del SAHS se incrementa con la edad llegando a triplicarse en los ancianos comparados con las edades medias. Asimismo, la relación hombre/mujer es en las eda-



des medias de 2-3/1, tendiendo a igualarse a partir de la menopausia. Otras variables que influyen la aparición de un SAHS o su agravamiento son el alcohol, tabaco, sedantes, hipnóticos y barbitúricos y la posición en decúbito supino. Otros factores importantes son los genéticos, familiares y raciales.

Todos los indicios apuntan que el desarrollo de la medicina personalizada nos permitirá identificar qué factores genéticos condicionan la aparición de un SAHS, así como en quiénes un IAH elevado supondrá un riesgo determinado de salud que se pueden cuantificar y diferenciar de aquellos otros que, por sus características genéticas, estarán más protegidos frente a las consecuencias del SAHS lo que permitirá diseñar intervenciones con alta influencia en la prevención y en el tratamiento. En el momento actual se diagnostica por el riesgo epidemiológico y este indica que un IAH elevado implica un daño potencial para la salud (McNicholas, 2005).

La clínica relacionada con el SAHS aparece como consecuencia de dos hechos fisiopatológicos fundamentales: por una parte, las apneas, hipopneas e hipoxia intermitentes y por otra, la desestructuración del sueño (Durán-Cantolla, Puertas-Cuesta, Pin-Arboledas, & Santa María-Cano, 2005). Ningún parámetro clínico aislado o en combinación con otros ha demostrado suficiente valor en el diagnóstico del SAHS dado que también pueden aparecer en individuos sanos con una elevada frecuencia o estar ausentes en pacientes con SAHS (recomendación consistente, calidad de evidencia alta) si bien la valoración clínica y exploración física exhaustivas son necesarias ya que nos permiten clasificar a los pacientes en alta, media o baja probabilidad clínica, lo cual es imprescindible para valorar posteriormente el método diagnóstico a utilizar, (recomendación consistente, calidad de evidencia baja). La triada clínica principal del SAHS la componen 3 síntomas (Capote, Masa, Jiménez, Peces-Barba, & Amilibia):

1. Roncopatía crónica: es el síntoma con mayor sensibilidad (su ausencia hace poco probable el diagnóstico de SAHS). Sin embargo, la mayoría de roncadores no tienen SAHS (roncan el 40% de los varones y el 20% de las mujeres de la población general). Por ello la presencia de roncopatía cró-

nica como síntoma único no es suficiente para la realización de una prueba de sueño con intención diagnóstica de SAHS.

2. Apneas presenciadas: es el síntoma con mayor especificidad, la cual aumenta si son observadas de forma repetida durante la misma noche y si son prolongadas.

3. Hipersomnia diurna o tendencia a dormirse involuntariamente ante situaciones inapropiadas: síntoma poco específico y sensible pero el de mayor importancia ya que marca la intensidad clínica del SAHS. Su presencia no explicada por circunstancias evidentes es suficiente aun en ausencia de otros síntomas o signos para la realización de un estudio de sueño con carácter diagnóstico. Es importante descartar otras causas de hipersomnia.

Diagnóstico diferencial de la hipersomnia:

1. Trastornos de la conducta Mala higiene del sueño, síndrome de sueño insuficiente, horario de sueño interpuesto, otros.

2. Enfermedades psiquiátricas.

3. Trastornos del estado de ánimo, psicosis, otros.

4. Factores ambientales: trastorno del sueño ambiental, toxinas, otros.

5. Drogodependencias alcoholismo, hipnóticos, estimulantes, otros.

6. Alteraciones respiratorias del sueño. SAHS, síndrome de apnea central, síndrome de hipoventilación alveolar central, taquipnea neurogénica del sueño, otros.

7. Movimientos anormales: síndrome de movimientos periódicos de las piernas, otros.

8. Alteraciones vigilia-sueño: grandes dormilones, jet lag, trabajo a turnos,



, horariosno circadianos, patrón vigilia-sueño irregular, otros.

9. Otras alteraciones del Sistema Nervioso Central: narcolepsia, hipersomnía idiopática, hipersomniarecurrente, síndrome de subvigilia, mioclonus-fragmentario, parkinsonismos, demencia, enfermedad del sueño, otros.

10. Otras causas Menstruación, embarazo, diaforesis, pesadillas, sueño agitado, insomnio, reflujo gastroesofágico, enuresis, disminución de la libido, cambios de personalidad, pérdida de memoria, dificultad de concentración, disminución del rendimiento profesional y en los estudios, apatía, irritabilidad, náuseas matutinas, síntomas depresivos, cansancio crónico, movimientos anormales, caídas frecuentes, eventos cardiovasculares, poliglobulia y crisis epilépticas.

La normativa de SAHS recomienda la solicitud de un perfil analítico metabólico que incluya hemograma, bioquímica básica y perfil lipídico en todos los pacientes. La radiografía de tórax, electrocardiograma, niveles de hormonas tiroideas y espirometría forzada tan sólo serán solicitadas en caso de sospecha de enfermedad concomitante.

Tratamiento y seguimiento del SAHS: criterios y opciones terapéuticas: los objetivos del tratamiento serán, por un lado, conseguir el control de los síntomas (fundamentalmente la somnolencia) y por otro minimizar el riesgo de accidentabilidad y cardiovascular. En cuanto al tratamiento a recomendar, partiendo de la base de que la CPAP nasal es el de primera elección en la mayoría de casos (recomendación consistente, calidad de evidencia alta), deberá también tenerse en cuenta la presencia de factores etiológicos concomitantes modificables y ofrecer el tratamiento pertinente ya sea como único o combinado con la CPAP nasal. Los pacientes diagnosticados de SAHS, independientemente del tratamiento recomendado, requerirán un seguimiento médico(Epstein, y otros, 2009).

Factores etiológicos/coadyuvantes del síndrome de apnea-hipoapnea del sueño modificables con el tratamiento:

- La mala higiene del sueño (irregular e insuficiente).
- La obesidad.
- La posición en la cama.
- La ingesta de sedantes, alcohol o el tabaquismo.
- El taponamiento nasal (por rinitis, fundamentalmente).
- Factores anatómicos como la hipertrofia adenoidea y/o amigdalas, las malformaciones o deformidades óseas básicamente mandibulares, la obstrucción nasal anatómica.
- Las enfermedades metabólicas que puedan asociarse a SAHS como el hipotiroidismo o la acromegalia.



Ilustración 2. CPAP nasal

Se consideran las siguientes opciones terapéuticas(Lim, Lasserson, Fleetham, & Wrigth, 2008):



1. Medidas higiénicas del sueño (recomendación consistente, calidad de evidencia moderada).

1.1. Conseguir una buena higiene del sueño es importante ya que la causa más frecuente de somnolencia excesiva durante el día es el mal hábito de sueño, por insuficiente o por irregular.

1.2. La abstinencia de alcohol y tabaco, evitación de benzodiazepinas y el dormir en decúbito supino (aplicación de molestia física en la espalda si fuese necesario).

1.3. Incorporar la cabecera 30° también puede ser útil.

2. Dieta (recomendación consistente, calidad de evidencia moderada). La pérdida ponderal en pacientes obesos puede ser curativa. Reducciones del 10% del peso pueden disminuir el IAH y mejorar la sintomatología.

3. Otros tratamientos conservadores (recomendación consistente, calidad de evidencia baja):

3.1. Tratamiento médico de la obstrucción nasal: la congestión nasal puede ser un factor de empeoramiento del SAHS. Su tratamiento con corticoides nasales puede mejorar el SAHS y, en especial, la tolerancia a la CPAP nasal.

4. Calidad de evidencia: Se ha observado una reducción del IAH después del tratamiento sustitutivo.

5. Calidad de evidencia hoy en día sin indicación: La protriptilina y la medroxiprogesterona están en desuso, y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se hallan en fase de investigación. e

6. Tratamiento con CPAP nasal. La CPAP nasal es más efectiva que el placebo para mejorar la somnolencia y la calidad de vida en pacientes con SAHS. Corrige los fenómenos obstructivos, el ronquido, las desaturacio-

nes y los arousals secundarios a eventos respiratorios, la arquitectura de sueño, la capacidad de atención, entre otras variables cognitivas, reduce el riesgo de accidentes de tráfico y normaliza las cifras de tensión arterial en un porcentaje de enfermos hipertensos(Giles, y otros, 2008)

7. Dispositivos de avance mandibular (DAM)(Lim, Lasserson, Fleetham, & Wrigth, 2008). Son eficaces en el tratamiento del ronquido, del SAHS leve y moderado con bajo IMC y desaturaciones no importantes. También pueden ser útiles en pacientes con síndrome de resistencia aumentada de la VAS y como segunda elección en pacientes que no toleran la CPAP nasal, que no son candidatos a la cirugía o tienen riesgo quirúrgico elevado. Los hay de avance fijo y de avance regulable. Determinadas características cefalométricas mejoran el rendimiento de los DAM. Se recomienda regulación progresiva y control polisomnográfico de sus efectos.



Ilustración 3. Dispositivos de avance mandibular para control de SASH



4.4. Diagnóstico y tratamiento de la rinitis alérgica desde la infancia

La rinitis alérgica (RA) es la enfermedad crónica más habitual en la infancia (Fireman, 2000). Se define, como una perturbación sintomática de la nariz provocada por una inflamación mediada por IgE de las membranas que la recubren después de la exposición a un alérgeno (Whiar.com, 2004). Los síntomas más característicos son los estornudos, el prurito nasal, la rinorrea y la obstrucción nasal. Son frecuentes en los niños el frotar la nariz con la mano por causa del picor y la rinorrea, las ojeras y el ceño alérgico. Cuando es constante también puede estimular respiración oral, ronquido, tos crónica, disminución de la audición y epistaxis (Warlow, 2000).

En algunos casos la reacción inflamatoria de la rinitis no puede ser atribuida a alérgenos, es la rinitis no alérgica; las causas son otras: infecciosa, estructural, tumores, poliposis nasal, colinérgica, y los síntomas pueden ser difíciles de distinguir. Los indicios de rinitis alérgica se establecen con base a los síntomas y la confirmación viene dada por un prick test positivo que pone de manifiesto la sensibilización al alérgeno (Dykewicz, y otros, 1998). Entre 10-40% de los niños tienen rinitis alérgica (Fireman, 2000); la prevalencia está creciendo en los países occidentalizados, en parte por el uso excesivo de químicos y desinfectantes en el hogar y otras formas de contaminación. Aunque no es una enfermedad grave, tiene gran incidencia en la calidad de vida y el rendimiento escolar de los niños, problema que se agrava al ser frecuentemente infradiagnosticada e infratratada (Fireman, 2000).

El asma y la rinitis son enfermedades comórbidas y son concomitantes. Un alto porcentaje de pacientes con rinitis (20-40%) tienen asma, mientras que un 30-50% de asmáticos tienen rinitis. Se ha sugerido que un control adecuado de la rinitis puede prevenir la aparición de asma o mejorar el asma coexistente (Bousquet, 2002). La rinitis alérgica se clasifica según la duración de los síntomas en “intermitente o persistente y según la gravedad de los síntomas y el impacto sobre la calidad de vida de los pacientes en leve, moderada-grave”(Whiar.com, 2004).



En cuanto al diagnóstico, entre las células involucradas en la inflamación de la rinitis alérgica destacan los linfocitos, mastocitos y eosinófilos. Los alérgenos durante la fase de sensibilización inducen a los linfocitos Th2 a producir una serie de citocinas que estimulan la síntesis de IgE específica, la cual se fija a los receptores específicos de los mastocitos; cuando se vuelve a poner en contacto con el alérgeno se produce la desgranulación de los mastocitos y la liberación de mediadores, incluyendo la histamina y los leucotrienos causantes de la fase posterior de la respuesta alérgica; paralelamente, se produce una infiltración de la mucosa nasal por eosinófilos, cuya activación libera proteínas citotóxicas que desencadenan la fase tardía de la inflamación alérgica y la inflamación crónica nasal (Dykewicz, y otros, 1998). Los síntomas de la rinitis alérgica son la consecuencia de la exposición a un alérgeno en un sujeto sensibilizado; estos alérgenos son los pólenes de gramíneas, árboles y plantas en primavera-otoño y los ácaros, los animales de compañía y los hongos en la rinitis perenne; todos estos factores en alta exposición por los niños que juegan al aire libre y conviven con mascotas, hechos relativamente comunes.

El tratamiento, según se deduce de la fisiopatología de la enfermedad, consiste en:

1. Medidas preventivas dirigidas a disminuir la hiperrespuesta nasal evitando el humo de tabaco, olores fuertes, aire acondicionado, cambios bruscos de temperatura y a evitar la exposición a alérgenos.

2. Farmacoterapia.

- 2.1. Tratamiento sintomático:

- Antihistamínicos H1 (1ª y 2ª generación). Actúan sobre el receptor H1 de la histamina, son efectivos sobre el picor nasal, estornudos y rinorrea acuosa con poco efecto sobre la congestión y el bloqueo nasal.

- Anticolinérgicos: el bromuro de ipratropio es un antagonista musca-



rínico que disminuye la rinorrea acuosa.

-Descongestivos orales y nasales estimulan los receptores adrenérgicos o inhiben la liberación de noradrenalina, reducen la congestión nasal

2.2. Tratamiento antiinflamatorio:

- Cromonas (cromoglicato sodico) usado como tratamiento profiláctico por su efecto sobre mastocitos, neutrófilos, macrófagos y eosinófilos.

-Corticoides, tanto sistémicos como tópicos tienen un potente efecto antiinflamatorio por un doble mecanismo de acción, mejoran todos los síntomas de la rinitis.

3. Inmunoterapia. La inmunoterapia subcutánea está indicada en pacientes con rinitis alérgica monosensibilizados en los que las medidas preventivas y el tratamiento farmacológico no ha sido eficaz. Los anticuerpos monoclonales anti-IgE son una nueva opción en el tratamiento de la rinitis y el asma.

4.5. Criterios quirúrgicos en ORL

La amigdalectomía es una cirugía ampliamente difundida a lo largo del mundo, siendo realizada más frecuentemente por el otorrinolaringólogo general, acompañada habitualmente de adenoidectomía, en el paciente pediátrico (Melchor, 2003).

La amigdalectomía consiste en la eliminación del tejido amigdalino garantizando una pérdida mínima de sangre y traumatizando lo menos posible los tejidos adyacentes. Entre las indicaciones de amigdalectomía, los procesos infecciosos han perdido protagonismo a favor de las enfermeda-



des obstructivas de la vía respiratoria superior en el niño. En la mayoría de los casos la indicación es debida a una causa obstructiva. Sin embargo, la indicación de amigdalectomía por una causa infecciosa no ha desaparecido completamente, aunque se han limitado los criterios clínicos para dicha intervención, que se aplica en amigdalitis aguda de repetición. (Melchor, 2003). La amigdalectomía se recomienda cuando (Michael & Schumrick, 1982) (Ruiz, 2006):

1. Episodios reiterados de amigdalitis aguda. Frecuencia: Episodios de amigdalitis que se repitan: siete episodios en el último año, cinco episodios al año en los últimos dos años, tres episodios al año en los últimos tres años. Cada uno de los episodios debe cumplir uno o más de los siguientes requisitos, comprobados por el médico mediante exploración: fiebre mayor a 38 °C.
2. Adenopatías. Adenitis cervical aguda.
3. Exudado amigdalар.
4. Cultivo positivo para estreptococo betahemolítico del grupo A.

Es preciso haber realizado tratamientos antibióticos adecuados antes de indicar cirugía. Se ha observado que la frecuencia de episodios infecciosos tiende a disminuir con el paso del tiempo, tanto en niños operados como no operados. Esto puede ocurrir a veces en períodos de tiempo tan cortos como seis meses. En algunos casos, por tanto, se podría esperar a esa mejoría espontánea, que ocurre la mayoría de las veces. Así pues, la indicación desde un punto de vista práctico debe individualizarse, teniendo en cuenta la situación nutricional del niño, el absentismo escolar y el rendimiento, la situación laboral de los padres, el entorno laboral y social, la ansiedad de los padres, etc.

Otras causas para recurrir a la amigdalectomía son (Michael & Schumrick, 1982):



- Amigdalitis crónica resistente al tratamiento.
- Amigdalitis que produce convulsiones febriles.
- Absceso periamigdalino en su primer o segundo episodio.
- Portadores de difteria.
- Hipertrofia amigdalina que dificulta la respiración o la deglución (la hipertrofia adenoamigdalar es la causa más frecuente de síndrome de apnea del sueño de causa obstructiva en el niño).
- Biopsias para diagnosticar neoplasias malignas.

En el adulto se puede optar por la anestesia general, o bien, en pacientes que así lo prefieran y sus cualidades psicológicas lo permitan, la disección amigdalina su puede realizar con anestesia local, previa administración de un cóctel neuroleptoanalgésico. Las principales técnicas de cirugía en las amígdalas son (Melchor, 2003) (Ruiz, 2006):

- La criocirugía tuvo su principal indicación en la década de los 60 fueron las amigdalectomías de las hemopatías, especialmente en las leucemias (anginas agranulocíticas). Su efectividad descansa en eliminar células y tejidos enfermos mediante la acción directa de gases en extremo fríos sobre la región afectada, es decir se trata de congelar a muy baja temperatura un tejido dañado por determinada patología con el fin de destruirlo.
- Las tijeras bipolares. Su uso en amigdalectomía es relativamente reciente y corresponde a una modificación de las tijeras Metzenbaum, con 2 hojas que se encuentran aisladas una de la otra por la aplicación de un recubrimiento de material cerámico en la superficie interna de una de éstas, y endurecimiento de la superficie libre de la otra. Los mangos y parte de la superficie exterior de las hojas están recubiertos con plástico. Cada tijera puede ser usada en

25 a 30 operaciones antes de ser desechadas, de acuerdo a las instrucciones del fabricante.

- Microdebridador. Su objetivo, en tonsilotomía, es eliminar la porción obstructiva de la amígdala, cuidando de dejar un delgado borde de tejido linfático, para preservar la integridad de la cápsula.
- Láser CO2. Parece ser el mejor de los distintos tipos de láser para la ablación de la amígdala palatina. Probablemente la gran ventaja del láser de CO2 es la de la amigdaloreducción o ablación parcial de la amígdala especialmente en adultos jóvenes y adultos en general intentando evitar la faringitis crónica tonsilopriva en las grandes hipertrofias de amígdalas palatinas, así como para la hipertrofia de la amígdala lingual. La amigdalectomía total con láser es onerosa y lenta debiendo estar reservada sólo para aquellos pacientes con patologías tales como hemofilia u otros trastornos importantes de la coagulación.
- Plasma argón. Esta técnica ha sido usada anteriormente en cirugía abdominal, laparoscópica y en toracoscopia. El equipo requiere de un disector-coagulador con plasma de argón, una fuente de gas argón y un generador de voltaje de alta frecuencia.
- Radiofrecuencia. Emplea transferencia de energía por medio de radiación electromagnética para generar calor en el interior del tejido. Se le conoce también como ablación por radiofrecuencia, ablación en campo ionizado, coblación (coblation: cold ablation) o electrodisociación. Esta técnica de remoción de tejidos blandos ha sido previamente usada en cirugía artroscópica y laparoscópica.

En cuanto a al tratamiento quirúrgico para tratar SASH se pueden aplicar las siguientes técnicas (Sundaram, Bridgman, Lim, & Lasserson, 2008).

1. Cirugía nasal: No soluciona de forma aislada el SAHS. Debe considerarse especialmente en los casos de intolerancia a la CPAP nasal por obs-



trucción.

2.Cirugía palatofaríngea: Puede realizarse a través de técnica quirúrgica convencional, láser o radiofrecuencia, según el contexto. En general, se señala que estas técnicas son útiles para el ronquido en un 80-90% de los casos, pero este desciende al 50% después del primer año.

3.Cirugía reductora de la base de lengua. La técnica utilizada puede ser el láser o la radiofrecuencia y dependiendo de la experiencia del cirujano pueden obtenerse tasas de éxito de hasta el 40% en casos de SAHS leve o leve-moderado (recomendación débil, calidad de evidencia baja). Su indicación deberá estar sometida a las mismas condiciones que en el caso anterior.

4.Cirugía multinivel o en fases de Stanford (maxilomandibular). Se trata de técnicas quirúrgicas en general muy intervencionistas que deben ir precedidas de un estudio anatómico muy preciso y que si bien en manos expertas pueden ser eficaces, hasta el momento, en nuestro medio quedan reservadas a fracasos de la CPAP nasal o bien a pacientes que lo rechazan de entrada, ya que no se han podido reproducir altas tasas de éxitos(Riley, Powell, & Guilleminault, 1993).

CAPÍTULO V

MEDICINA CLÍNICA EN EL EMBARAZO





5.1. Tratamiento del embarazo como condición de la mujer y de la familia

La atención prenatal es la atención médica que recibe una mujer mientras está embarazada. Recibir atención prenatal pronto y con regularidad puede ayudar, tanto a las madres futuras como a sus bebés, a mantenerse sanos. Las visitas regulares permiten el control y que los médicos tratantes descubran y conozcan cualquier problema lo antes posible. Es importante iniciar la atención prenatal lo más pronto, incluso antes que la mujer se quede embarazada; es decir debe haber una articulación entre la medicina familiar, el ginecólogo y el obstetra.

Las mujeres embarazadas suelen recibir atención médica de los siguientes profesionales:

1. Obstetras: Médicos especializados en el embarazo y el parto.
2. Obstetras/ginecólogos: Médicos especializados en el embarazo y el parto, así como en la salud de la mujer.
3. Médicos de familia: Médicos que ofrecen una amplia variedad de servicios a pacientes de todas las edades (a veces, esto incluye la atención obstétrica), en vez de especializarse en una sola área.
4. Enfermeras comadronas tituladas: Enfermeras avanzadas especializadas en la atención médica de la mujer, incluyendo la atención prenatal, el parto y el alumbramiento, así como la atención posparto en los embarazos sin problemas. Las enfermeras comadronas necesitan tener un médico a su disposición para el parto por si fuera necesario realizar una cesárea.

Un médico especialista en embarazo de alto riesgo es necesario cuando la paciente:

- Tiene una afección crónica, como la diabetes o problemas de corazón.



- Posee un mayor riesgo de parto prematuro.
- Tiene más de 35 años de edad.
- Está embarazada de más de un feto.
- Tiene otro tipo de factor de complicación que podría colocarla en la categoría de alto riesgo.

La mujer embarazada debe programar su primera cita de control prenatal para cuando lleve de 6 a 8 semanas de embarazo, o cuando tenga un retraso en la menstruación de 2 a 4 semanas. Muchos profesionales de la salud no programan la primera visita antes de las 8 semanas, a menos que haya un problema. Luego se programan citas de control de embarazo cada 4 semanas, hasta la semana 28 del embarazo. A partir de este momento las consultas tienen lugar cada 2 semanas hasta la semana 36; posteriormente, todas las semanas, hasta el momento del parto.

En cada revisión prenatal, el médico pesa a la paciente y le tomará la tensión arterial. También es posible que le midan el tamaño y la forma del útero, empezando en la semana 22 de embarazo, para saber si el feto está creciendo y se está desarrollando con normalidad.

Durante una o más de las visitas, le recogerán una muestra de orina para analizar la presencia de glicemia y proteínas en sangre. La prueba de la glucosa se suele hacer a las 12 semanas de gestación en aquellas mujeres de alto riesgo de desarrollar una diabetes gestacional. Esto incluye a las mujeres que: (a) tuvieron un bebé que pesó más de 9 libras (4,1 kg), (b) tienen antecedentes familiares de diabetes, (c) son obesas.

Al resto de las mujeres embarazadas se les hace la prueba de la glucosa entre las semanas 24 y 28 de embarazo. Beberán un líquido azucarado y les tomarán pruebas de sangre al cabo de una hora para analizar la concentración de glucosa en sangre. Si la concentración de azúcar en sangre es alta, se harán pruebas complementarias para confirmar si se trata de una

diabetes gestacional.

5.2. Desarrollo gestacional en condiciones de normalidad

La gestación normal dura un promedio de 40 semanas y el recién nacido tiene un peso promedio de 3.500 gramos y una longitud de 50 cm. Discretas diferencias entre ambos sexos han sido comunicadas. En promedio las niñas pesan 150 gramos y miden 0.65 cm menos que los niños al nacimiento.

5.2.1. Pruebas prenatales

Estas pruebas pueden ayudar a los profesionales de la salud a detectar cosas como una anomalía congénita o un problema cromosómico en el feto. Las pruebas prenatales se hacen en el primer, segundo, y tercer trimestres del embarazo. Algunas de estas pruebas son pruebas de cribado que solo pueden revelar la posibilidad de un problema. Otras pruebas prenatales son pruebas de diagnóstico que permiten detectar con precisión si un feto tiene un problema específico. A veces, una prueba de cribado va seguida de una prueba diagnóstica. Entre las pruebas prenatales, se incluyen los análisis de sangre, la amniocentesis, el análisis de las vellosidades coriónicas, y las ecografías prenatales (Reik, Constancia, & Fowden, 2003).

Algunas mujeres embarazadas desarrollan diabetes gestacional, generalmente después del primer trimestre. La placenta proporciona al feto los nutrientes y el oxígeno, y también fabrica hormonas que modifican la forma en la que actúa la insulina. La insulina ayuda al organismo a almacenar la glicemia contenido en los alimentos para convertirlo, más adelante, en energía. En la diabetes gestacional, un problema en la insulina provoca un nivel alto de azúcar en sangre.

La preeclampsia (también llamada toxemia del embarazo): esta afección puede ocurrir a partir del sexto mes y provoca tensión arterial alta,



edema (acumulación de líquidos en los tejidos del cuerpo, que causa hinchazón en manos, pies o cara) y proteínas en la orina.

Incompatibilidad de Rh (Madre con Rh negativo / feto con Rh positivo): la mayoría de las personas tienen el factor Rh en los glóbulos rojos de la sangre (son Rh positivas). Las personas que no lo tienen son Rh negativas. Un simple análisis de sangre puede determinar su factor Rh. Si su bebé es Rh positivo y usted es Rh negativa, pueden surgir problemas cuando los glóbulos rojos de su bebé entren en el torrente sanguíneo materno. Su cuerpo podría reaccionar, fabricando anticuerpos que podrían entrar en el torrente sanguíneo del bebé y destruir sus glóbulos rojos.

Estos problemas son graves, pero se pueden controlar, es decir, pueden estar dentro del rango de un embarazo normal y el control prenatal reponde justamente a prevenir y manejar todos estos posibles problemas antes que se transformen en complicaciones.

5.2.2. Dieta y control de peso

Muchas mujeres embarazadas se preocupan por el aumento de peso. En general, las mujeres con un peso normal deben aumentar entre 25 y 35 libras (11,34 y 15,88 kg) durante el embarazo. En aquellas mujeres que tengan sobrepeso antes de quedarse embarazadas, el aumento total de peso debería ser entre 15 y 25 libras (6,8 y 11,34 Kg). Aquellas que tengan un peso por bajo de lo normal deberían aumentar entre 28 y 40 libras (12,7 y 18,15 Kg) (Barrio, 2014).

Controlar el aumento de peso es más difícil hacia finales del embarazo; por eso, es conveniente controlar con mayor rigurosidad el embarazo durante los primeros meses. De todos modos, no aumentar de peso lo suficiente también puede causar problemas, como escaso crecimiento fetal y parto prematuro.

El embarazo es un buen momento para iniciar una dieta saludable. Los médicos suelen recomendar que las mujeres añadan unas 300 calorías a



su dieta diaria para ofrecer una nutrición adecuada al feto en proceso de desarrollo. Las proteínas deberían proporcionar la mayoría de las calorías, pero su dieta también debería incluir abundante cantidad de frutas frescas, cereales y verduras. En común que se receten vitaminas prenatales para asegurarse de que ingiere suficiente cantidad de hierro, calcio y ácido fólico. También es un buen momento para hacer ejercicio de bajo impacto con regularidad.

Otras previsiones y autocuidados durante el embarazo son (Alba, 2012):

- No fumar ni beber alcohol, ni consumir otras drogas.
- Descansar lo suficiente. Colocar pies por encima del corazón por al menos diez minutos después de un largo período de pie o sentada.
- Llevar una dieta saludable.
- Evitar la automedicación. Los medicamentos de venta sin receta médica se suelen considerar inadecuados por sus efectos potenciales sobre el feto. La mayoría de los médicos recomiendan no tomar ningún medicamento de venta sin receta médica, incluso los multivitamínicos y remedios caseros.
- Seguridad alimentaria. Es importante la evitación de enfermedades transmitidas por los alimentos, como la listeriosis y la toxoplasmosis, que pueden ser de riesgo vital para el feto y pueden causar anomalías congénitas o abortos. Los alimentos a evitar son los siguientes: (a) los quesos blandos sin pasteurizar (a menudo llamados “frescos”), (b) jugos, leche y sidra no pasteurizados, (c) huevos crudos o alimentos que contengan huevo crudo, como la mousse y el tiramisú, (d) las carnes, los pescados o los mariscos crudos o poco cocidos, (e) las carnes procesadas, como los perritos calientes y los fiambres (deberían estar bien cocidos), (f) tiburón, pez espada, caballa gigante, blanquillo, emperador y filete de atún (patudo o de aleta amarilla) (Cresswell, y otros, 1997).



El pescado y el marisco pueden ser una parte sumamente saludable de la dieta de una mujer embarazada porque contienen los beneficiosos ácidos grasos omega-3, muchas proteínas y pocas grasas saturadas. Pero los pescados señalados pueden contener concentraciones elevadas de mercurio, una sustancia que puede lesionar el cerebro en proceso de desarrollo del feto.

5.2.3. Vacunas

El médico le puede recomendar algunas vacunas durante el embarazo. La vacuna antigripal puede frenar los problemas relacionados con la gripe en las mujeres embarazadas, que se exponen a un mayor riesgo de presentar problemas provocados por esta enfermedad. Es recomendable inocular la vacuna antigripal durante cualquier etapa del embarazo. Las mujeres embarazadas solo deben ponerse la inyección, pero no la modalidad en espray nasal.

Es recomendable aplicar la vacuna DTPa (contra el tétanos, la difteria y la tos ferina o pertussis) a todas las mujeres embarazadas en la segunda mitad de cada embarazo, independientemente de que ya se la hayan puesto antes y de cuándo se la hayan puesto. Esto se debe a que ha habido un aumento de las infecciones de tos ferina (o pertussis), que puede ser mortal en los recién nacidos que aún no han recibido sus vacunas ordinarias (Argente, Carrascosa, García, & Rodríguez-Hierro, 2000).

5.2.4. Cambios físicos del embarazo

El embarazo puede causar una serie de cambios incómodos (pero no necesariamente graves). Recordar que el embarazo jamás debe ser tratado como una afección o enfermedad pero sí como una condición temporal de salud que requiere control médico y autocuidados específicos. Entre los cambios en el organismo se pueden presentar (Reik, Constancia, & Fowden, 2003):

- Náuseas y vómitos, sobre todo en las etapas iniciales del embarazo.



- Hinchazón de piernas.
- Varices en las piernas y en la zona que rodea a la abertura vaginal.
- Hemorroides.
- Acidez y estreñimiento.
- Dolor de espalda.
- Cansancio.
- Pérdida de sueño.

En este sentido, cuando el cuerpo esté atravesando cambios físicos a causa de un embarazo, pueden ser completamente nuevos, no siempre resultará fácil exponer estos síntomas y situaciones al médico tratante. Las inquietudes más frecuentes son si se puede mantener relaciones sexuales o qué debe hacer con las hemorroides o el estreñimiento. Es recomendable llevar un registro actualizado de las preguntas y compartirlas con el médico tratante. Es necesario llamar al médico de inmediato si se presentan las siguientes circunstancias:

- Un sangrado abundante.
- Una pérdida repentina de líquido.
- Una marcada falta de movimientos en el bebé.
- Más de tres contracciones por hora.

5.3. Valoración del crecimiento intrauterino. Patrones de normalidad

1. Parámetros antropométricos: el peso, la longitud y el perímetro craneal al nacimiento son los parámetros antropométricos más corrientemente usados para valorar el crecimiento fetal, habiéndose confeccionado diversas tablas en función de la edad gestacional del recién nacido. Las de Lubchenco, elaboradas en Denver, fueron pioneras (Lubchenco, Hansaman, Dressler, & Boyd, 1993) y su uso se generalizó, aunque fueron criticadas en función de la altitud de la región en la que habían sido obtenidos los datos.

Estos datos han mostrado que el tercer trimestre del embarazo es el período



en el cual se produce un mayor incremento en el peso fetal y que existen diferencias entre ellas, aunque no muy importantes, que aconsejan utilizar las de poblaciones similares como patrones de referencia de normalidad.

2. Técnicas no invasivas: ecografía fetal: la ecografía fetal permite valorar datos antropométricos que informan sobre la edad gestacional y el crecimiento fetal; datos morfológicos que informan sobre la presencia o no de malformaciones fetales, sobre las características anatómicas e implantación placentaria y sobre el volumen del líquido amniótico; y datos funcionales midiendo los flujos de la circulación placentaria y fetal, movimientos fetales, tono fetal, movimientos respiratorios fetales y frecuencia y ritmo cardíaco, que informan sobre el grado de bienestar fetal. El conjunto de estos datos proporciona información sobre el crecimiento y maduración fetal siendo extremadamente útiles no sólo en condiciones fisiológicas sino también en condiciones patológicas y particularmente en la valoración del retraso de crecimiento intrauterino (Marsal, y otros, 1996) (Gaziano, Knox, & Ferrera, 1994).

3. Regulación del crecimiento intrauterino: el crecimiento intrauterino tiene unas características diferenciales respecto al crecimiento extrauterino. El aporte de nutrientes depende del estado nutricional y de la salud materna, del desarrollo de la placenta y del flujo fetoplacentario. Los nutrientes no precisan ser digeridos, ni absorbidos y existe una gran demanda como consecuencia de la tasa rápida de crecimiento. Las funciones respiratoria, renal y hepática no están totalmente desarrolladas, siendo la placenta quien regula la transferencia de los productos del metabolismo fetal a la circulación materna. La regulación de la multiplicación y diferenciación celular se realiza a través de mecanismos de tipo autocrinos/paracrinos. Se expresan los factores de transcripción y se sintetizan gran cantidad de factores tisulares de crecimiento que actúan localmente, sin regulación endocrina, a diferencia de lo que ocurre en el crecimiento postnatal.

La expresión génica diferenciada se establece mediante mecanismos desconocidos. Y finalmente el ambiente en el cual se desarrolla, el lecho materno, a través del tamaño uterino y de su propio estado de salud tam-



bién condicionan el crecimiento fetal.

3. Factores genéticos: los factores genéticos tanto maternos como fetales influyen en el crecimiento intrauterino. Modelos matemáticos han estimado que los factores genéticos pueden explicar hasta un 38 % de las variaciones observadas en el peso al nacer. De este 38 %, un 53 % sería debido al genotipo materno, un 39 % al genotipo fetal y un 5 % al sexo fetal (Ward, Smith, & Donnai, 1994). El peso al nacimiento muestra variaciones étnicas y raciales.

4. Factores nutricionales: El crecimiento intrauterino depende del aporte de nutrientes energéticos (glúcidos, lípidos), plásticos (aminoácidos, lípidos estructurales), vitaminas, oligoelementos, minerales, agua y oxígeno. El aporte se hace por difusión previamente al desarrollo de la placenta y posteriormente a través de la circulación utero-placentaria-fetal y depende directamente de la ingesta y reservas maternas. Las necesidades nutricionales fetales dependen del ritmo y de la tasa de utilización de nutrientes para obtener energía. El estado nutricional del feto puede regular la expresión de genes específicos de los transportadores y de las enzimas involucradas en las vías metabólicas (Harding & Johnston, 1995) (Reik, Constanica, & Fowden, 2003).

Las necesidades energéticas fetales se han estimado en unas 100 Kcal/día y las necesidades energéticas extras maternas para mantener el embarazo en unas 136 Kcal/día. El resultado final son unas necesidades promedio de 240 Kcal/día

Otro aspecto en la nutrición fetal lo constituye el aporte de minerales y oligoelementos. La importancia de un aporte cálcico para la correcta mineralización del esqueleto y para constituir las reservas necesarias para el período neonatal inmediato, es evidente. Un aporte constante de calcio y fósforo es necesario para la correcta mineralización ósea del esqueleto fetal. El esqueleto del recién nacido contiene 30 gramos de calcio y 17 gramos de fósforo. La aposición se realiza fundamentalmente durante el tercer trimestre a un ritmo de unos 150-200 mg de calcio/día. En los recién



nacidos prematuros el riesgo de hipocalcemia es evidente al no haberse constituido las reservas. La alimentación materna, la vitamina D, y sus depósitos esqueléticos de calcio constituyen la fuente de este aporte hacia el feto (Argente, Carrascosa, García, & Rodríguez-Hierro, 2000) (Ballabriga & Carrascosa, 2001).

5. Factores placentarios: la implantación, placentación y desarrollo del lecho vascular uteroplacentario constituyen un aspecto muy importante para el crecimiento fetal. Múltiples son las funciones placentarias en relación con el crecimiento fetal. Inmunológicas en relación con la tolerancia materna del feto. Nutricionales: difusión de nutrientes. Homeostáticas: difusión de productos del metabolismo fetal. Hormonales con efectos sobre la madre, sobre el feto y sobre la propia placenta: síntesis de esteroides, hormonas peptídicas y factores de crecimiento. La placenta crece durante toda la gestación incluso de una forma mucho más rápida que el feto hasta la semana 33, existiendo una clara asociación entre peso placentario y peso fetal. La placenta contribuye al crecimiento fetal al menos desde tres aspectos diferentes: aportando nutrientes y oxígeno, regulando la difusión a la circulación materna de los productos del metabolismo fetal y actuando como un auténtico órgano endocrino con repercusiones sobre el metabolismo materno y fetal.

En la transferencia de nutrientes, oxígeno, macromoléculas y productos del metabolismo fetal intervienen procesos de difusión pasiva, transporte activo y endocitosis a nivel de las microvellosidades del sincitoblasto. Estos fenómenos están directamente relacionados con el tamaño placentario. (Iwamoto, Murray, & Chernausek, 1992) (Whitaker & Dietz, 1998).

6. Factores maternos: Al menos por tres mecanismos diferentes los factores maternos regulan el crecimiento fetal: (a) provee el oxígeno y los nutrientes plásticos, energéticos y no energéticos necesarios para el crecimiento fetal y elimina los productos del metabolismo fetal a través de sus propios sistemas homeostáticos: hígado, pulmón y riñón fundamentalmente; (b) aparecen nuevas hormonas en su sangre: lactógeno placentario y hormona de crecimiento placentaria; se incrementa la tasa de secreción

de insulina (Argente, Carrascosa, García, & Rodríguez-Hierro, 2000) (Ballabriga & Carrascosa, 2001).

Los factores maternos son tan importantes que su disfunción no sólo puede alterar el crecimiento uterino sino cambiar la llamada programación genética fetal en el sentido de producir alteraciones funcionales en el feto que posteriormente pueden tener repercusiones sobre la expresión de patología durante la infancia, adolescencia y edad adulta. En este sentido se ha señalado la asociación de retraso de crecimiento intrauterino con retraso de crecimiento postnatal, con insulinoresistencia en la infancia y adolescencia, con el síndrome x (insulinoresistencia, diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial) en el adulto (ver más adelante). Por el contrario, el sobrepeso fetal se ha asociado con hipoglucemia neonatal y con el desarrollo de poliquistosis ovárica y obesidad en la edad adulta (Cresswell, y otros, 1997), (Whitaker & Dietz, 1998).

5.4. Emergencias en el embarazo

Durante el embarazo, cualquier situación que ponga en riesgo a la madre o al hijo debe ser consultada de inmediato. Junto con verificar los movimientos fetales y que las contracciones no aumenten antes de tiempo, las siguientes situaciones deben poner en alerta a la mujer en situación de preñez:

1. Sangrado vaginal y dolor abdominal. En los primeros tres meses de embarazo pueden ser indicadores de un aborto. En la mayoría de los casos, sin embargo, se explica por el proceso de nidación del embrión y el embarazo continúa su curso normal. A partir del segundo trimestre puede deberse a: Placenta previa. Es decir, la placenta obstruye el canal del parto. El sangrado genital no es muy importante, es de color rojo vivo y hay poco dolor abdominal. Se ve con más frecuencia en mujeres que han tenido muchos hijos, tienen úteros con tumores, cicatrices uterinas previas y embarazos múltiples. Desprendimiento prematuro de placenta. Se acompaña de



una fuerte contracción uterina, dolor abdominal agudo y mayor cantidad de pérdida de sangre.

2. Rotura uterina. Ocurre en el tercer trimestre del embarazo en mujeres con cesáreas previas o extirpación de miomas. Es poco frecuente y se manifiesta con dolor abdominal súbito y sangrado genital. En estos casos, pida ayuda para que la trasladen lo antes posible al Servicio de Urgencia, ojalá en posición horizontal.

3. Embarazo ectópico. El embrión se anida fuera del útero. El más frecuente es el embarazo tubárico: como la trompa no está capacitada para distenderse, se rompe produciendo hemorragia intraabdominal, que causa mucho dolor y tendencia al desmayo.

4. Rotura prematura de membrana. Contracciones uterinas más frecuentes, tos crónica, traumatismos por caídas o embarazo con dispositivo intrauterino pueden hacer que se rompa la bolsa de líquido amniótico antes de tiempo. Ocurre en un 10 por ciento de los embarazos y se identifica como la pérdida involuntaria de líquido a través de los genitales en cantidad variable, de aspecto transparente, tibio y con olor a cloro. Es más frecuente en el tercer trimestre, pero también ocurre en el segundo. La situación se puede ver agravada por la caída del cordón umbilical a través de la vagina. Se debe acudir inmediatamente al Servicio de Urgencia acostada.

5. Fiebre, intoxicaciones e infecciones. Enfermedades de la madre pueden tener consecuencias en el hijo y el desarrollo del embarazo. Hay que tener mucho cuidado con la fiebre, que puede indicar la existencia de un cuadro infeccioso. Infecciones urinarias, como la cistitis, se caracterizan por un aumento de la frecuencia, dolor y ardor para orinar, y pueden favorecer las contracciones. En el caso de las intoxicaciones por monóxido de carbono, la guagua es muy vulnerable, ya que su oxigenación es muy baja.

6. Traumatismos. Siempre hay que consultar ante caídas o accidentes de tránsito. Lo más probable es que la guagua no tenga problemas, pero puede haber un desprendimiento de placenta. Además, hay que verificar posi-

bles esguinces de la madre, cuyos ligamentos están más elásticos durante el embarazo.

7. Alza de presión arterial. La hipertensión, acompañada de edema (hinchazón), dolor de cabeza intenso, visión de puntos brillantes, zumbido en los oídos y a veces dolor sobre el ombligo, son síntomas de preeclampsia. Un cuadro de extrema urgencia, que si no se trata puede derivar en eclampsia, con convulsiones y alteración de la conciencia.

5.5. Tratamiento y conducta clínica en caso de eclampsia y preeclampsia

La preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo con proteinuria después de las 20 semanas de gestación. La eclampsia es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia. El diagnóstico es clínico y mediante la evaluación de las proteínas en orina. En general, el tratamiento se realiza con sulfato de magnesio IV e inducción al parto en el momento del término.

La preeclampsia afecta al 3 a 7% de las mujeres embarazadas. La preeclampsia y la eclampsia aparecen después de las 20 semanas de gestación; hasta el 25% de los casos aparecen en el posparto, más a menudo dentro de los primeros 4 días, pero a veces hasta 6 semanas después del parto. Por lo general, la preeclampsia no tratada aparece lentamente durante un tiempo y luego, de manera repentina, progresa a eclampsia, la cual ocurre en 1/200 pacientes con preeclampsia. Con frecuencia, la eclampsia no tratada es fatal.

La etiología de la preeclampsia se desconoce. Sin embargo, los factores de riesgo incluyen los siguientes (Gaziano, Knox, & Ferrera, 1994):

1. Nuliparidad
2. Hipertensión crónica preexistente



3. Trastornos vasculares (p. ej., trastornos renales, vasculopatía diabética)
4. Diabetes preexistente o gestacional
5. Edad materna avanzada (> 35) o muy joven (p. ej., 17)
6. Antecedentes familiares de preeclampsia
7. Preeclampsia o malos resultados en embarazos previos
8. Embarazo multifetal
9. Obesidad
10. Trastornos trombóticos (p. ej., síndrome de los anticuerpos antifosfolipídicos)

La fisiopatología de la preeclampsia y la eclampsia no está bien comprendida. Los factores pueden incluir arteriolas espiraladas uteroplacentarias mal desarrolladas (que disminuyen el flujo uteroplacentario durante la última parte del embarazo), una anomalía genética en el cromosoma 13, anomalías inmunitarias e isquemia o infarto placentario. La peroxidación lipídica de las membranas celulares inducida por radicales libres puede contribuir con la preeclampsia.

En cuanto a las complicaciones, puede producirse una restricción del crecimiento fetal o la muerte fetal. El vasoespasmo difuso o multifocal puede producir isquemia materna, que finalmente daña varios órganos, en especial el cerebro, los riñones y el hígado. Los factores que pueden contribuir con el vasoespasmo incluyen la disminución de las prostaciclina (un vasodilatador derivado del endotelio), un aumento de la endotelina (un vasoconstrictor derivado del endotelio) y un aumento del Flt-1 soluble (un receptor circulante para el factor de crecimiento del endotelio vascular). Las mujeres que tienen preeclampsia están en riesgo de desprendimiento prematuro de placenta en el embarazo actual y en embarazos futuros, posiblemente debido a que ambos trastornos están relacionados con la insuficiencia útero-placentaria.

El sistema de coagulación está activado, posiblemente debido a la dis-



función de las células endoteliales que produce activación plaquetaria. El síndrome HELLP (hemólisis, pruebas de función hepática elevadas y bajo recuento de plaquetas) aparece en el 10 al 20% de las mujeres con preeclampsia grave o eclampsia; esta incidencia es de 100 veces la de los embarazos normales (1 a 2/1.000). La mayoría de las mujeres embarazadas con síndrome HELLP tienen hipertensión y proteinuria, pero algunas no tienen ninguna de ellas.

La preeclampsia puede ser asintomática o causar edema o un aumento importante del peso. El edema en los sitios no declive, como el rostro o las manos (la paciente no puede quitarse los anillos de los dedos), es más específico que el edema en las regiones declive. La actividad refleja puede estar aumentada, lo que indica irritabilidad neuromuscular, que puede progresar en convulsiones (eclampsia). Pueden haber petequias y otros signos de coagulopatía.

Se puede detectar comprobando si hay hinchazón en las manos (o de la cara e hiperreflexia, que pueden ser algunos de los hallazgos más específicos en la preeclampsia. La preeclampsia con características graves puede causar daño a los órganos; estas características pueden incluir (Ward, Smith, & Donnai, 1994):

1. Dolor de cabeza intenso.
2. Alteraciones visuales.
3. Confusión.
4. Dolor epigástrico o del cuadrante superior derecho del abdomen (que refleja isquemia hepática o distensión capsular).
5. Náuseas y/o vómitos.
6. Disnea (reflejo de edema pulmonar, síndrome de dificultad respiratoria aguda [SDRA] o disfunción cardíaca secundaria a aumento de la poscar-



ga).

7. Accidente cerebrovascular (raramente).

8. Oliguria (que refleja disminución del volumen plasmático o necrosis tubular aguda isquémica).

Diagnóstico: Hipertensión de reciente comienzo (tensión arterial $> 140/90$ mm Hg) más una proteinuria inexplicable de comienzo reciente (> 300 mg/24 h después de las 20 semanas o índice proteinuria/creatininuria $\geq 0,3$). El diagnóstico de la preeclampsia se presume por los síntomas y la presencia de hipertensión, definida como una tensión arterial sistólica de > 140 mm Hg o diastólica de > 90 mm Hg. Excepto en las emergencias, la hipertensión debe ser documentada en > 2 mediciones tomadas con al menos 4 horas de diferencia. La excreción de proteínas en la orina se mide en una recolección de 24 h.

La proteinuria se define como > 300 mg/24 hs. Alternativamente, la proteinuria se diagnostica basándose en cociente proteína: creatinina $\geq 0,3$ o una lectura en tira reactiva de 1+; la prueba con tira reactiva solo se utiliza cuando otros métodos cuantitativos no están disponibles. La ausencia de proteinuria en pruebas menos precisas (p. ej., pruebas de orina con tira reactiva, análisis de orina de rutina) no descarta la preeclampsia.

En ausencia de proteinuria, la preeclampsia también se diagnostica si las mujeres embarazadas tienen hipertensión de reciente comienzo junto con aparición de cualquiera de los siguientes:

- Trombocitopenia (plaquetas $< 100.000/\mu\text{L}$).
- Insuficiencia renal (creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL o duplicación de la creatinina en suero en mujeres sin enfermedad renal).
- Deterioro de la función hepática (transaminasas > 2 veces el valor normal).

- Edema pulmonar.
- -Síntomas cerebrales o visuales.

Los siguientes puntos ayudan a diferenciar entre los trastornos hipertensivos en las mujeres embarazadas (Gaziano, Knox, & Ferrera, 1994):

- La hipertensión crónica precede al embarazo, está presente 20 semanas de gestación o persiste por > 6 semanas (en general, > 12 semanas) después del parto (aun si la hipertensión se documentó > 20 semanas de gestación). La hipertensión crónica puede quedar enmascarada durante la primera parte del embarazo debido a la disminución fisiológica de la tensión arterial.
- La hipertensión gestacional es la hipertensión sin proteinuria u otros hallazgos de preeclampsia; aparece a > 20 semanas de gestación en mujeres que se sabe no tenían hipertensión antes del embarazo y resuelve 12 semanas (en general, 6 semanas) después del parto.
- La preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo (tensión arterial > 140/90 mm Hg) más una proteinuria reciente inexplicable (> 300 mg/24 h o índice proteína/creatinina en orina $\geq 0,3$) después de las 20 semanas u otros criterios (véase más arriba).
- La preeclampsia sobreimpuesta a hipertensión crónica se diagnostica cuando se desarrolla una nueva proteinuria no explicada o la proteinuria empeora después de las 20 semanas en una mujer que sabe que tiene hipertensión o cuando aumenta la presión arterial o se desarrolla preeclampsia con características graves después de las 20 semanas en una mujer que tiene hipertensión y proteinuria conocidas.

Si se diagnostica preeclampsia, las pruebas incluyen análisis de orina, hemograma completo, recuento de plaquetas, ácido úrico, pruebas de función hepática y evaluación de los electrolitos séricos, el nitrógeno ureico



en sangre, la creatinina y la depuración de la creatinina. El feto se evalúa mediante una prueba sin estrés o perfil biofísico (incluyendo la evaluación del volumen de líquido amniótico) y pruebas que estiman el peso fetal.

El síndrome HELLP es sugerido por los hallazgos microangiopáticos (p. ej., esquistocitos, células en casco) en el frotis de sangre periférica, enzimas hepáticas elevadas y un recuento plaquetario bajo. La preeclampsia con características de gravedad se diferencia de la forma leve por 10 más de los siguientes puntos (Argente, Carrascosa, García, & Rodríguez-Hierro, 2000):

- Disfunción del SNC (p. ej., visión borrosa, escotomas, alteraciones del estado mental, cefaleas graves que no alivian con paracetamol).
- Síntomas de distensión de la cápsula hepática (p. ej., dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen).
- Náuseas y vómitos.
- Niveles séricos de AST o ALT > 2 veces por encima del normal.
- Tensión arterial sistólica > 160 mm Hg o diastólica > 110 mm Hg en 2 ocasiones con ≥ 4 hs de separación.
- Recuento de plaquetas $100.000/\mu\text{L}$.
- Producción de orina $500\text{ mL}/24\text{ h}$.
- Edema pulmonar o cianosis.
- Accidente cerebrovascular.
- Insuficiencia renal progresiva (creatinina sérica $> 1,1\text{ mg/dL}$ o duplicación de la creatinina en suero en mujeres sin enfermedad renal).



Tratamiento: en general, internación y a veces, tratamiento antihipertensivo. Parto o cesárea, según factores como la edad gestacional y la gravedad de la preeclampsia. Sulfato de magnesio para prevención o tratamiento de las convulsiones.

Otros tratamientos apuntan a optimizar la salud materna, que en general mejora la salud fetal. Si el parto puede postergarse en forma segura en embarazos de < 34 semanas, es posible administrar corticoides durante 48 h para acelerar la maduración de los pulmones fetales. La mayoría de las pacientes deben internarse. Aquellas con eclampsia o preeclampsia con características de gravedad a menudo son internadas en una unidad de cuidados especiales maternos o en una UCI (Ward, Smith, & Donnai, 1994).

Si la preeclampsia es leve, es posible realizar un tratamiento ambulatorio; incluye actividad modificada (reposo modificado) y evaluación de la tensión arterial, estudios de laboratorio, monitorización fetal sin estrés y evaluación médica 2 o 3 veces/semana. Sin embargo, la mayoría de las pacientes con preeclampsia leve requieren hospitalización, al menos inicialmente. Mientras no se cumplan los criterios para la preeclampsia con características de gravedad, puede permitirse el parto (p. ej., por inducción) a las 37 sem.

Control: en general, las pacientes en atención ambulatoria son evaluadas 1 vez cada 2 o 3 días en busca de evidencias de convulsiones, preeclampsia de características graves y sangrado vaginal. También se controlan la tensión arterial, los reflejos y el estado del corazón fetal (con pruebas sin estrés o un perfil biofísico). El recuento plaquetario, la evaluación de la creatinina sérica y el nivel de las enzimas hepáticas se evalúan frecuentemente hasta la estabilización, luego al menos 1 vez por semana. Todas las pacientes internadas son seguidas por un obstetra o un especialista en medicina materno-fetal y evaluadas igual que las pacientes ambulatorias (descritas antes); la evaluación es más frecuente si se diagnostica preeclampsia con características graves o si la edad gestacional es < 34 semanas (Rodríguez & Pino, 2015).



Tan pronto como se diagnostica la eclampsia, se debe administrar sulfato de magnesio para detener las convulsiones. Si los pacientes tienen preeclampsia con características graves, se administra sulfato de magnesio para prevenir convulsiones durante las 24 horas posteriores al parto. Aún es controvertido si las pacientes con preeclampsia leve siempre requieren sulfato de magnesio.

Se administran 4 g intravenosos de sulfato de magnesio durante 20 minutos, seguidos de una infusión continua intravenosa de 1 a 3 g/h, con dosis suplementarias según necesidad. La dosis se ajusta de acuerdo con los reflejos de la paciente. Las pacientes con niveles anormalmente altos de magnesio (p. ej., con niveles de magnesio > 10 mEq/L o una disminución repentina en la reactividad de los reflejos), disfunción cardíaca (p. ej., con disnea o dolor torácico) o hipoventilación después del tratamiento con sulfato de magnesio, pueden ser tratadas con gluconato de calcio 1 g IV.

5.6. Tratamiento y conducta clínica en caso de diabetes gestacional

El tratamiento para la diabetes gestacional tiene como propósito mantener un nivel de glucosa en la sangre equivalente al de las embarazadas sin diabetes gestacional. El tratamiento para la diabetes gestacional siempre incluye menús especiales y la programación de actividad física. También puede incluir pruebas diarias de glucosa e inyecciones de insulina.

Si se está midiendo glucosa, la Asociación Americana de la Diabetes sugiere los siguientes niveles objetivo para las embarazadas con diabetes gestacional. Es posible que ciertas personas requieran objetivos más o menos rigurosos.

-Antes de una comida (preprandial): 95 mg/dl o menos

-1 hora después de una comida (postprandial): 140 mg/dl o menos

-2 horas después de una comida (postprandial): 120 mg/dl o menos

En las embarazadas, el tratamiento para la diabetes gestacional ayuda a reducir el riesgo de parto con cesárea que se requiere con bebés muy grandes. Seguir su tratamiento para la diabetes gestacional hará que la paciente se mantenga sana durante el embarazo y parto, y ayudará a evitar que su bebé tenga problemas de salud en el futuro. Otras recomendaciones (Harding & Johnston, 1995) (Harding & Johnston, 1995) (Iwamoto, Murray, & Chernausek, 1992):

1. Evitar preocuparse excesivamente. Aunque la diabetes gestacional es motivo de preocupación, lo importante es reducir el nivel de glucosa en la sangre.
2. Considerar que la diabetes gestacional por lo general desaparece después del embarazo. Pero una vez que alguien ha tenido diabetes gestacional, el riesgo de tenerla en embarazos futuros es de 2 en cada 3 casos. Sin embargo, algunas mujeres descubren que tienen diabetes de tipo 1 o 2 durante el embarazo. Es difícil determinar si dichas mujeres tienen diabetes gestacional o simplemente comenzaron a tener indicios de diabetes durante el embarazo. Ellas deben continuar recibiendo tratamiento para la diabetes después del embarazo.

A muchas mujeres que tienen diabetes gestacional les da diabetes de tipo 2 años más tarde. Al parecer existe una relación entre la tendencia a tener diabetes gestacional y la diabetes de tipo 2. Con tanto la diabetes gestacional como la diabetes de tipo 2 hay resistencia a la insulina. Ciertos cambios básicos en su estilo de vida pueden ayudarla a prevenir la diabetes después de la diabetes gestacional.

3. Perder peso para reducir el riesgo de tener diabetes. Perder apenas unas cuantas libras puede ayudar a que no aparezca diabetes de tipo 2. Es preciso escoger alimentos saludables. Seguir simples directrices diarias, como comer una variedad de alimentos que incluye fruta y vegetales frescos, limitar el consumo de grasa a 30% o menos de las calorías diarias y



disminuir el tamaño de las porciones. Los buenos hábitos de alimentación pueden ayudar mucho a prevenir la diabetes y otros problemas de salud.

4. Hacer ejercicio. El ejercicio frecuente permite que el cuerpo use la glucosa sin requerir insulina adicional. Esto ayuda a combatir la resistencia a la insulina y por eso el ejercicio es beneficioso para las personas con diabetes. Nunca inicie un programa de ejercicio sin consultar con su médico.

CAPÍTULO VI

LOS SISTEMAS DE SALUD Y LA MEDICINA CLÍNICA





Con el transcurrir del tiempo en la historia de la humanidad, la organización social ha variado conforme a las necesidades y paradigmas dominantes en un momento específico. Cada sociedad en cada espacio físico o temporal ha definido sus formas de funcionamiento como un todo. Así, en el mundo actual, la sociedad occidental se configura en una época marcada por el cambio permanente y el acceso ilimitado a los recursos de toda índole. La explotación de los recursos naturales, la incorporación de la tecnología en las actividades cotidianas, la velocidad de la información, la generación de redes virtuales y humanas, entre otros aspectos, marcan la vida de la humanidad en nuestros días.

Pero, así como ha crecido la tecnificación y el conocimiento, también se ha abierto una gran brecha entre los grupos humanos con acceso a estos recursos y aquellos que por sus condiciones sociales no pueden acceder, generando desigualdad en todos los aspectos de la vida humana. Esta desigualdad a su vez ha producido preocupación por parte de los gobiernos y organizaciones para responder a las necesidades de quienes son dejados de lado en el llamado avance de la humanidad. Por tal motivo, se busca el diseño de políticas públicas y esquemas de atención que permitan universalizar el acceso y mitigar dicha desigualdad.

La práctica médica no escapa a esta realidad y se hace notorio no solamente por el acceso a la salud y la prevalencia de ciertas patologías asociadas en ocasiones con el acceso a los servicios de saneamiento o a las condiciones socio económicas de la población, sino también por los esquemas de atención en salud y las visiones que estos tienen en las diferentes regiones y subregiones del planeta.

La organización de los sistemas de salud se corresponde con el diseño de políticas públicas de naturaleza universal, en la que se exige a cada nivel de atención una capacidad específica para el cumplimiento de los objetivos a los que está destinado. Pero no es sólo la organización estructural o funcional la que se pone de manifiesto, es también la formación médica y las exigencias a la que está sometido el clínico de acuerdo con el sistema de salud en el que esté participando.



De esta manera y conforme a la organización social, se evidencian dos macro – sistemas, competitivos pero no mutuamente excluyentes, el sistema de salud público regido por el Estado y el sistema de salud privado regido por la empresa. Cada uno de ellos con características similares en cuanto a la configuración funcional, más diferenciados en cuanto a los objetivos de base que persiguen. Entonces, aunque el médico puede ejercer su práctica clínica simultáneamente en ambos sistemas, debe ajustar la aplicación del método a los objetivos, el tipo de paciente y los recursos con que cuenta en cada uno de ellos.

6.1. Sistema de salud pública y la práctica médica

6.1.1. Objetivos de los sistemas de salud públicos

El sistema de salud público es el que se encuentra regido por el Estado y por lo tanto normado de acuerdo con las políticas públicas y los fines gubernamentales. En ese sentido, este sistema de salud tiene como objetivo primordial garantizar la salud de las personas en sentido de reducción de la morbilidad y la mortalidad, así como la atención universal de todos aquellos que se encuentren enfermos. Aunque puede o no, tener características de gratuidad, a efectos de este apartado definiremos el sistema de salud público como gratuito, en la medida que sus fines son la atención del paciente y no la obtención de lucro por esta actividad.

Así, los sistemas de salud públicos obedecen a la práctica de la medicina en su sentido más puro, la investigación, la curación de la enfermedad y la preservación de la salud de la población. Su cobertura general hace que no exista distinción socio económica en el paciente que potencialmente visitará un centro de salud en este sistema y que el médico deba garantizar la atención sin menoscabo de las condiciones diferenciantes que tenga el paciente que acude al mismo.

Dentro del sistema de salud pública se exige al médico ser médico y



aunque parezca redundante, es en estos establecimientos donde se requiere únicamente que el clínico cumpla con los objetivos profesionales que devienen de su formación, y que le adiestran en sentido científico y humanístico. Esto ha quedado establecido en el artículo 53 del Código de Ética Médica, donde se señala (Acuerdo Ministerial 14.660. , 1992):

“Siendo el Estado el que regula y protege la actividad profesional del médico éste está obligado a cumplir ciertos deberes retributivos que garanticen los mejores y más amplios programas de bienestar humano; por tanto, el médico debe dar ejemplo en el cumplimiento de las Leyes del Estado” (pág. 7)

Así mismo, se le establece que al ser la salud un fin del Estado, el médico está en la obligación de velar por el cumplimiento de los planes y programas que se diseñen e implementen con tal objetivo.

De esta forma, el médico tiene en primera instancia un deber para con el Estado, de retribuir su formación becaria en un centro de salud pública, haciendo cumplir las políticas públicas en materia de salud y más allá de eso, garantizar al pueblo – población en general – las condiciones de atención que le permitan conservar su calidad de vida en términos de salud.

Entonces, los objetivos del sistema de salud pública, desde su surgimiento, trascienden la mera atención al paciente una vez enfermo, tiene la finalidad de la promoción de hábitos de vida que le permitan disminuir la morbimortalidad de la población y, por lo tanto, van desde la prevención hasta la atención de los pacientes crónicos y con enfermedades mortales, siempre con el objeto de garantizar una adecuada calidad de vida, similar a todos los niveles de la población.

Los fines del Estado en cuanto a garantizar la igualdad en el acceso a los servicios y el respeto a los Derechos Humanos, son la guía fundamental del sistema público de salud, que pasa a ser entonces sólo un eslabón más de la cadena de “servicios” que debe prestar el Estado para el cumplimiento de sus objetivos. Esto, por lo tanto, no es exclusivo de un país o región



particular, al contrario, obedece a normas globales y políticas internacionales de atención, que son emanadas por las organizaciones “rectoras” como la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras, las cuales, si bien no son de estricto cumplimiento, representan la guía formativa del médico y del diseño de los sistemas de salud a nivel global.

6.2. Organización de los sistemas de salud públicos

Para llevar a cabo los objetivos de la salud pública, se requiere una organización que reconozca niveles de atención diferenciados para cada finalidad. Así se crea una red de atención en salud con cualidades distintas, de acuerdo con la ubicación, la cobertura y la capacidad del centro médico. Todos ellos regidos por la máxima autoridad nacional, cuya competencia recae sobre el Ministerio de Salud Pública, por consiguiente, en sus oficinas regionales y locales. Pero esta es una organización administrativa que difiere de la organización operativa de la salud pública, que es la que viene a determinar la práctica clínica.

Dentro de la organización operativa del sistema de salud pública, se consigue en primera instancia los centros de atención primaria o tipo I, estos son consultorios de medicina familiar – rural. La asistencia se da por parte de una cantidad limitada de personal sanitario, por lo general un médico con su enfermera y se limita igualmente los recursos para la atención, por cuanto estos cumplen como rol fundamental la prevención y, por lo tanto, la vigilancia de los elementos que contribuyen a la salud en el entorno de los potenciales pacientes. En los centros de atención tipo I, se pueden recibir emergencias de poca relevancia, que puedan ser resueltas de manera sencilla sin procedimientos invasivos o la participación de un especialista. El objetivo de estos es que la población cuente con un médico en su entorno cercano, que ayude en las tareas de prevención y atención inmediata.

Luego, se consiguen los centros de salud tipo II, estos, también tie-



nen características ambulatorias, pero se amplía la capacidad de atención, estos centros de salud cuentan con la participación de especialistas en áreas prioritarias de acuerdo con la morbilidad de la población. Además, es en estos centros donde se genera la distribución masiva de los medicamentos, en particular la vacunación de niños y adultos, etc. Sin embargo, en los centros de salud tipo II, se limita la atención de emergencias, por cuanto su objetivo fundamental es contar de forma cercana con la consulta de un especialista en los casos que trascienden la competencia del médico en el centro de salud tipo I. La cobertura espacial de estos suele abarcar algunas poblaciones.

En seguida, la atención de salud se transfiere a los centros tipo III y IV, los cuales se refieren a los grandes hospitales, con cobertura local en cantones o regional en cada provincia, de acuerdo con la densidad demográfica que tenga cada uno. Estos centros son lo más amplio en cuanto a la atención de salud, cuentan con servicio de emergencia, equipos tecnológicos para la realización de pruebas de diagnóstico paraclínico, y una amplia plantilla médica en todas las especialidades.

6.3. Práctica clínica en el sistema público de salud

El ejercicio clínico en el sistema público de salud está orientado al cumplimiento de los objetivos fundamentales del mismo, esto quiere decir que el médico debe ubicarse no sólo en los fines del Estado, sino también en el nivel de atención donde ejerce su práctica. Entonces, las características del centro de salud determinan el entorno del médico y en cierta medida la relación sanitaria que este establecerá con sus pacientes. Adicionalmente, debe reconocer su rol, siendo que puede estar como becario, residente o ser el médico titular de su especialidad en el centro médico. Atendiendo a todos estos factores, el médico hace su práctica “ajustando” el método al entorno y sus particularidades.

Otro factor determinante en la práctica clínica en el sistema de salud



pública es la funcionalidad de este, en términos de que los centros públicos se encuentran la mayoría de las ocasiones excedidos en capacidad, mal dotados y con rezagos técnicos y tecnológicos considerables. De allí que el ejercicio de la medicina no pueda corresponderse con los patrones teóricos del método o de lo que se espera sea el funcionamiento del sistema sanitario.

Basados en los objetivos del sistema de salud pública, el médico, continúa teniendo la labor de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, pero en este se le suma además la labor de diseño de políticas y prevención en materia de salud. Así, la práctica clínica trasciende del consultorio y de la atención individualizada al paciente y se transforma en una actividad científica colectivizada, donde debe tener la visión de la comunidad donde trabaja, los problemas sociales subyacentes o potenciales causantes de los problemas de salud, entre otros aspectos. Tal como lo menciona (Fresno, 1996)

“La medicina del estado se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII y se caracterizó por: 1) un sistema mucho más completo de observación de la morbilidad (apoyándose en los hospitales y médicos en ejercicio) y el registro a nivel del propio Estado, de los diferentes fenómenos epidémicos y endémicos observados; 2) conferir a la universidad y a la propia corporación médica, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos; 3) establecer una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos; 4) crear la responsabilidad de los funcionarios médicos nombrados por el gobierno, que asumen la responsabilidad de una región, su dominio, por el poder que poseen o el ejercicio de autoridad que les confiere el saber.” (pág. 2)

Es así como, al menos en Latinoamérica, la práctica clínica en el sistema de salud pública representa un reto desde el punto de vista humano y científico que pone a prueba la capacidad del médico en tanto sus conocimientos teóricos como su capacidad humana de afrontar la realidad social a la que se encontrará sometido.

A pesar de que es una función del Estado, mantener y vigilar el buen funcionamiento del sistema de salud pública, el médico debe tener un ob-



jetivo fundamental, en aras de la confraternidad y de la procura del respeto a los Derechos Humanos, y es el de disminuir al mínimo posible el paso de un paciente de un nivel a otro. Esto quiere decir que el médico del nivel primario de atención, aunque desde el punto de vista estrictamente clínico puede tener poca relevancia, en realidad es la base de una pirámide que debe mantener la mayoría de las personas allí, es decir, es responsabilidad fundamental del personal sanitario en este nivel, la disminución de la morbilidad, de manera que los niveles subsiguientes de atención puedan atender dentro de las capacidades de diseño que contienen.

De acuerdo con este criterio, en la ilustración 4 observaremos algunas de las actitudes clínicas que debe tener el médico en los primeros niveles de atención, en función de que el paciente descienda cada vez hasta el nivel primario y los servicios de los niveles III y IV sean descongestionados.

Una vez el paciente se encuentra en los servicios de los niveles III y IV de atención en el sistema de salud pública, sea por enfermedad o emergencia, la conducta clínica debe generarse con rapidez y eficacia, en primera instancia porque es exigencia de los objetivos de este sistema que sea satisfecha la necesidad de atención en cuanto se presenta y en segundo lugar por cuanto la propia dinámica de ingreso de pacientes en estos niveles hace del tiempo el recurso más escaso para el médico. Es en este nivel de atención que se hace evidente con mayor fuerza, la contradicción de brindar una atención individualizada en un sistema colectivizado de salud.

El proceso de diagnóstico se encuentra ligado al de triaje y por consiguiente habrá etapas del proceso clínico que serán llevadas a cabo por el personal sanitario auxiliar. Parte del examen físico y el interrogatorio inicial son adelantados por la enfermería y presentados en la historia clínica, de manera que el médico finaliza la evaluación y define la conducta a seguir, sea la realización de pruebas paraclínicas, remisión a servicios de especialistas o aplicación de tratamiento dado un diagnóstico determinado. La cantidad de tiempo y demás recursos dedicados a cada paciente, dependerá de la condición propia que presente y de la disponibilidad en función a las capacidades con las que fue diseñado el centro de salud.



Nivel de Atención	Objetivo principal	Problemas principales	Actitud clínica
I	Prevención	• Inexistencia de recursos para la atención primaria	• RNO demográficamente (características demográficas de la población y principales factores de riesgo) • Evaluar el entorno socio económico (acceso a saneamiento, costumbres culturales de salud y prevención) • Revisar incidencia de enfermedades infecciosas, crónicas y problemas de salud frecuentes. • Diseñar programa de medidas preventivas con la comunidad, para mejorar los hábitos de salud • Atención masiva de problemas comunes (visitas regulares por grupo etario)
II	Atención primaria y generación de alertas tempranas	• Saturación de los servicios • Falta de recursos e insumos médicos para la atención adecuada • Poca dotación de fármacos para el tratamiento de patologías frecuentes	• Valoración rutinaria del paciente (evaluación paraclínica de revisión y mantenimiento de la salud) • Evaluaciones clínicas interconsulta • Entrega de tratamiento y remisión al nivel primario para seguimiento de la conducta terapéutica. • Estadística de casos para control epidemiológico

Ilustración 4. Actitud clínica sugerida según el nivel de atención de salud en el que se encuentra ejerciendo. Elaboración propia



No obstante estas características del sistema público, el médico sigue teniendo la obligación de aplicar el método clínico y ser exhaustivo en la atención que realiza, pues los contratiempos o dificultades propios de la organización sanitaria no pueden interferir con el componente ético y por tanto humano del personal sanitario que ejerce la medicina clínica.

6.4. Sistemas privados de salud

Objetivos de los sistemas de salud privados

El sistema de salud privado es aquel regido de forma autónoma al Estado, por individuos o empresas, puede o no estar dirigido por personal del área sanitaria, y la diferencia fundamental con respecto al sistema público es la administración de este por parte del privado, en función de objetivos empresariales o de lucro. Si bien es cierto, la obtención de lucro no debería colindar con la satisfacción del paciente y el respeto a los Derechos Humanos, no es menos cierto que hacia la actualidad la organización de los sistemas de salud privados gira en torno al primer objetivo, dejando de lado la visión ética de la medicina.

Los objetivos de lucro para el sistema de salud privado no surgen de la avaricia de quien lo conforma, de hecho, no se generan sistemas privados sin que antes ocurra la sobresaturación o fallas estructurales en el sistema público. Estos esquemas nacen más bien del contraste entre la necesidad de atención de las personas y la falta de financiamiento y administración adecuados en el sistema estatal. Por consiguiente, la razón de ser inicial de un sistema privado es la de brindar la atención en salud necesaria a la población, pero haciendo que esta asuma los costes del servicio mediante el pago directo del mismo. En ese sentido, los sistemas de salud privado no pueden ser satanizados por su objetivo de lucro, pues este se encuentra aliado a la financiación del propio sistema y por consiguiente a la efectividad, eficacia y eficiencia en el logro del objetivo superior: la preservación de la vida del enfermo.



Diferentes sistemas de salud privados

Al igual que en el sistema público de salud, en el esquema privado se encuentran diferentes formas de organización para la práctica clínica, ya no basado en niveles de atención sino en la conglomeración de las especialidades médicas y la fuente de financiamiento que se tendrá. Es así como se puede conseguir la forma más sencilla en la que el médico ejerce su práctica de manera independiente y se interrelaciona con otros centros de salud, hasta los mega centros de salud donde se atiende todo tipo de afecciones. Así lo describen (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011), cuando señalan que:

“El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además, existen cerca de 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.”(pág. 180)

Como se observa, el análisis de la organización privada de salud consiste en la valoración de la fuente de financiamiento o más bien del esquema de financiamiento que adoptan, por cuanto esta siempre será asumida por el individuo de manera directa, mediante el pago del servicio o de la prestación aseguradora, o de manera indirecta en los casos que el servicio de seguro sea asumido por su entidad de trabajo o un tercero con el que el individuo tiene una relación. Esta contraprestación por el servicio de salud solo va a determinar que la rectoría de este se encuentra fuera del dominio del Estado y reside por tanto en el prestador, sea directamente el médico en su consultorio o la organización administrativa del centro de salud.



Práctica clínica en sistemas de salud privados

Conocidos los objetivos y formas de organización del sistema de salud privado, corresponde revisar la práctica clínica conforme a este esquema administrativo, y es que, de acuerdo con el nivel de salud, la fuente de financiamiento y el encargado de administrar el servicio, la medicina clínica puede cambiar de formas prácticas. Si bien, el médico continúa teniendo las mismas bases en cuanto a la ética y el ejercicio del método clínico, al igual que en el sistema público, debe adaptarse al entorno y las motivaciones que pueda tener durante la atención al paciente.

En la práctica del sistema privado de salud, el médico se sigue enfrentando a las enfermedades crónicas y a las afecciones derivadas del entorno como base de su ejercicio y por lo tanto se sigue requiriendo de él que adapte su práctica a las exigencias de los nuevos tiempos. Adicionalmente, en el sistema de salud privado, el paciente no sólo es considerado como tal, sino que ahora pasa a ser un cliente, y esto hace que la práctica médica deba orientarse a su satisfacción, tanto como a la preservación de su salud, de allí que la construcción de una adecuada relación médico – paciente o prestador – cliente deba ahora ser la base de su práctica clínica. Al respecto, (Jovell, Navarro, Fernández, & Blancafort, 2006) señala:

“Otro factor que se debe tener en cuenta es la transición que se ha producido de la condición de enfermo o paciente a la de consumidor o cliente de los servicios sanitarios. Este último concepto caracteriza la salud como un bien, y no sólo como la mera satisfacción de una necesidad, que debe proveerse en unas condiciones en las que el usuario tiene libertad de elección sobre cuándo, qué, dónde, cómo y quién debe proveer el servicio requerido” (pág. 235)

En ese sentido, el clínico debe valorar que una vez que se encuentra con el paciente, gran parte de la decisión sobre el servicio que desea ha sido tomada, sea por la referencia de otro usuario o por la propia indagatoria sobre la calidad de la práctica clínica que es llevada a cabo, quedando



pocas veces guiado por la casualidad. Esto quiere decir, que en cuanto a la relación sanitaria que ha de establecerse de allí en adelante, el paciente ha avanzado en gran medida y espera la respuesta recíproca del médico en cuanto a la atención en salud.

Entonces, el clínico debe respetar de forma inmediata la decisión del paciente e iniciar su práctica conforme a los parámetros éticos y de aplicación del método científico. Reconocer que cuando asiste el paciente es porque presume la existencia de un problema de salud, y en medio de esta sociedad de la información, muchas veces ya tiene una idea o sospecha sobre un diagnóstico determinado.

La práctica clínica se ve limitada por el alcance del servicio de acuerdo con la estructura administrativa en la que presta el servicio, fijándose objetivos relativos a dicha organización. Al respecto, observamos en la figura 3 los alcances del servicio dividido en 3 grandes subsistemas privados, el de consulta individual administrado de forma particular o a través de aseguradoras y la consulta en grandes centros de salud.

En primera instancia encontramos la consulta individual, aquella en la que el médico establece su consultorio y atiende según su especialidad a los pacientes que acuden. Puede ser administrado de forma exclusiva por el propio médico, por una empresa aseguradora o mediante un esquema mixto. En cualquier caso, es a este nivel que la práctica clínica es ejercida con mayores libertades, ya que el médico decide junto con el paciente, los esquemas de atención y el tipo de relación sanitaria que será establecida. En este caso, el médico define el tiempo de consulta de cada paciente de acuerdo con su realidad y la del proceso de diagnóstico, mientras que el paciente es autónomo en cuanto a decidir con quien realizará las interconsultas de ser necesarias y dónde realizar los exámenes paraclínicos.

Tipo de atención	Tipo de administración	Alcance y limitaciones del servicio
Consulta individual	Administrado por el propio médico	• No tiene limitación en el tiempo de atención con excepción de la espera de otros pacientes • Recursos de atención básicos • El paciente es libre de seleccionar dónde y cuándo realiza los estudios paraclínicos, de ser requeridos, pero se pueden establecer alianzas • El precio del servicio es establecido por el propio médico • Existe libertad de aplicación del método clínico y establecimiento de una relación sanitaria adecuada. • El diagnóstico y tratamiento puede ser exhaustivo
Consulta individual	Administrado por compañías aseguradoras	• El administrador o aseguradora define los parámetros de la atención que serán cubiertos • La relación sanitaria está acotada por la cobertura • El diagnóstico y tratamiento debe acarrear el menor costo posible y emplear la menor cobertura posible.
Consulta en centros de salud	Administrado por una junta o propietario y financiado por seguros o fuentes del paciente	• El médico tiene libertad de aplicación del método clínico y establecer una relación sanitaria adecuada • La calidad en la atención debe cubrir la acción médica, pero abarcar a todo el personal y esquema del centro de salud • El diagnóstico y tratamiento debe ser exhaustivo en el uso de recursos existentes dentro del centro de salud, interconsulta, paraclínica, etc., siempre que el paciente tenga los mecanismos de cobertura de sus costos.

Ilustración 5. Alcances y limitantes de la práctica clínica de acuerdo con el tipo administración de servicio de salud donde se ejerce. Elaboración propia



En este primer nivel de atención, el médico cuenta con mayores libertades y puede establecer una mejor relación con el paciente, aún siendo especialista, es en este tipo de consulta en la que el clínico se asemeja a la de un médico en el nivel primario de atención dentro del sector público, tanto por la cercanía que puede generar como porque dentro del consultorio no cuenta con todos los recursos tecnológicos necesarios para la revisión compleja del paciente.

El segundo gran grupo que se distingue en el sistema privado de salud, es la atención en clínicas, hospitales o centros médicos, en las que se agrupa personal sanitario de diferentes especialidades y se incorporan los recursos tecnológicos para un diagnóstico y tratamiento completos. En este caso, el médico también tiene libertad de practicar el método clínico en toda amplitud, pero debe garantizar la interacción del personal y los recursos dispuestos en el centro de salud donde presta el servicio, esto quiere decir que el médico no sólo debe procurar una atención de calidad, sino que debe además garantizar que sean utilizados la mayor cantidad de servicios disponibles dentro de la misma institución.

6.5. La medicina clínica en emergencia

Objetivos de la medicina clínica en emergencia

La medicina en emergencia tiene características comunes indistintamente del sector o sistema de salud en donde se esté tratando al paciente. De hecho, puede darse de manera hospitalaria o extra hospitalaria, pues en un primer momento, la urgencia deviene de un suceso sobrevenido en la vida del paciente, en ese sentido no puede prevenirse o preverse el momento de ocurrencia, o su gravedad. A tal efecto, (Díaz A. , 2002) presenta su el objetivo de esta atención como:

“El objetivo de la Medicina Intensiva y Emergencias es proporcionar atención médica y de enfermería especializadas de forma

personalizada, a pacientes que presentan graves afecciones funcionales y/o estructurales de órganos o sistemas. La vigilancia o tratamiento de dichos pacientes es un continuo desafío para el equipo de trabajo asistencial. La mayoría de ellos requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se realizan de forma urgente o programada. Muchas de esas intervenciones son de alto riesgo; por otra parte, los pacientes se encuentran sometidos a la severidad e inestabilidad de su salud propias de las afecciones que padecen, y las complicaciones sobreañadidas que pudieran producir las intervenciones agravarían su estado.” (pág. 12)

En ese sentido, el profesional en el área de emergencia centra su práctica en la estabilización del paciente y la preservación de la vida de este, a partir de la condición que tenga. Los procesos de diagnóstico y tratamiento son diferentes en cuanto a la premura que se tiene en los servicios de urgencias, el método clínico en esta área queda supeditado a la condición del paciente y de la capacidad física en relación con la cantidad de pacientes que se esté recibiendo en un momento determinado.

Adicionalmente, el médico en el servicio de emergencia muchas veces no tiene contacto con el paciente, en caso de traumatismos o pérdidas de la conciencia de este, por lo que las decisiones clínicas deben orientarse a la preservación de la vida, en términos de la evaluación de los signos vitales y la recuperación de la del paciente para que pueda ser dado de alta o atendido por especialistas de forma más pausada para su completa recuperación. El servicio de urgencias se diseña como un lugar de paso para el paciente, no se espera realizar un seguimiento más allá de la estabilización, de este, se deriva al enfermo hacia los diferentes servicios que puedan atender terapéuticamente la condición que prevalezca luego de la urgencia.

De este modo, en los últimos años, debido al auge de las coberturas de empresas aseguradoras en los servicios de emergencia, estos servicios han desvirtuado de su objetivo, atendiendo cada vez mas dolencias que no



requieren de la atención inmediata o que no se corresponden con el patrón requerido para ingresar como urgencia. Esto acarrea como consecuencia que haya disminuido la calidad de dicho servicio y que, por una parte, el paciente sienta que no ha sido atendido correctamente y, por la otra, que los médicos internos en esta área pierdan la pericia y se vean obligados a actuar como en consulta interna, dedicando demasiado tiempo a las valoraciones clínicas que se deben realizar al paciente no urgido.

6.6. Conducta terapéutica en emergencia

La práctica clínica en los servicios de emergencia obliga al médico a encontrarse siempre en estado de alerta y a establecer las prioridades para la cura y estabilidad de los pacientes. En ese sentido, aunque el método clínico tenga pertinencia, debe ser aplicado conforme las circunstancias que se estén afrontando, se juzga si es necesario o incluso factible el interrogatorio o entrevista al paciente y se da preminencia al examen físico para la valoración diagnóstica. Adicionalmente, el paciente en emergencia puede tener diversidad de diagnósticos, por lo que se realiza también la priorización de cuáles condiciones afectan en mayor medida la posibilidad de vida, aplicando las medidas terapéuticas a las de mayor incidencia.

Otro aspecto para tomar en consideración para la conducta terapéutica en emergencia es que los procedimientos trascienden de la aplicación farmacológica y requieren tratamientos invasivos y/o riesgosos, por lo que se hace necesario que el paciente o su familia consientan la realización de estos, asumiendo las responsabilidades y liberando al médico de inconvenientes éticos, en virtud de la información que este les suministra. De allí que es sumamente importante, aún asumiendo la velocidad con la que el paciente debe ser atendido, que la información sea dada de la manera más completa posible para que el propio enfermo o su familia comprenda la situación y autorice los procedimientos que sean necesarios.

Durante la práctica médica en emergencia, es vital que la conducta te-



rapéutica tenga pertinencia, por lo tanto, es necesario que el médico tome decisiones aún sin el consentimiento del paciente, siempre que este no se encuentre en condiciones de hacerlo y que la conducta terapéutica sea requerida para su estabilización inmediata. El médico de urgencias no puede esperar al procesamiento de la información por parte del paciente o los familiares para salvar la vida de este, es necesaria la acción inmediata y posterior a la estabilidad parcial o total, entonces establecer la comunicación que de manera clara explique las condiciones del enfermo y los pasos a seguir para su recuperación.

CAPÍTULO VII

ELEMENTOS Y HERRAMIENTAS PARA LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA CLÍNICA





Sea cual fuere el servicio, sector, sistema o nivel de atención en salud donde el médico ejerce la práctica clínica, debe tener a mano una serie de herramientas con las que facilita el proceso de diagnóstico y tratamiento de cada paciente, el médico, como individuo y como científico requiere de apoyos que le permitan registrar adecuadamente la actividad clínica, documentar su práctica y hacer de su cotidianidad la base de su conocimiento a partir de la evidencia.

Adicionalmente, en la sociedad actual, en la que la colectivización de los servicios de salud, la privatización y superposición de objetivos mercantiles, entre otros aspectos, hacen que el ejercicio de la medicina tenga riesgos en cada fase de la relación sanitaria, los mecanismos de apoyo del médico se transforman en la prueba física de su práctica clínica con ética y con sentido de ciencia y humanidad, obedeciendo a los principios de la medicina y el método clínico. Pero no es a partir de la actualidad que el clínico ha contado con estos mecanismos, desde el principio de la práctica médica, y todavía más en su función investigadora, se ha hecho necesaria la sistematización de la práctica clínica.

La elaboración de historia clínica, la sistematización de los hallazgos durante la entrevista y el examen físico, el consentimiento informado e incluso las anotaciones subjetivas, son de vital importancia durante el ejercicio médico y fomentan además una adecuada relación sanitaria, sea esta vertical u horizontal, en términos de médico – paciente o prestador – cliente.

Ahora bien, estos instrumentos no pueden ser diseñados al azar u obedecer al capricho del clínico, mucho menos pueden ser la copia precisa de un modelo específico rutinario, que va de médico en médico. Siendo cierto que existen elementos comunes que debe conocer todo médico al momento de realizar un diagnóstico, no es menos cierto que cada paciente, especialista y enfermedad requiere de información específica para su diagnóstico y tratamiento. Por lo tanto, para la práctica clínica es necesario que cada médico diseñe sus instrumentos y se familiarice con estos.



7.1. La primera entrevista con el paciente y la elaboración de la historia clínica

El primer encuentro entre el médico y el paciente es el momento en que se inicia la relación sanitaria, es cuando el médico indaga sobre el enfermo y viceversa, se trata pues del contacto inicial, en el que ambos se dan a conocer, el médico como científico y humano y el paciente como ser lleno de expectativas. Es importante que el médico entonces propicie un clima de confianza y acercamiento que abra al paciente a la interacción sincera, para llegar entre ambos a un diagnóstico. El paciente debe sentir que es escuchado y tomado en consideración para la definición su diagnóstico y tratamiento desde este primer momento, por cuanto en palabras de (Lifshitz, 2004): “él es el experto en el padecimiento aunque el médico lo pudiera ser en la enfermedad.” (pág. 25).

El interrogatorio inicial, que otrora fuera solo eso: un interrogatorio, en la actualidad debe ser un diálogo sincero entre el médico y el paciente, durante el cual el clínico se va informando de las particularidades del paciente y definiendo las que tienen relevancia para el diagnóstico clínico. Se da además junto con el examen físico, que ya no es un evento separado realizado en segundo lugar, sino que es simultáneo a la entrevista. De este diálogo y exploración, el médico va realizando las anotaciones pertinentes en un documento sistematizado que se denomina historia o expediente clínico.

La historia clínica es obligatoria, conforme a la legislación, todo médico está en el deber de suscribir dicho expediente y ser exhaustivo en sus anotaciones, por lo tanto, en un primer encuentro es necesario llevar anotaciones de todos los aspectos personales, sociales y clínicos del paciente, así como la conducta terapéutica decidida. En ese sentido, Llanio R. et al (1.992), define la historia clínica como un documento:

“sirve para realizar una recolección ordenada de datos de identidad, síntomas, signos y otros elementos que permitan al médico plantear un diagnóstico clínico sindrómico y nosológico,

que puede ser provisional en su primera etapa, y se afirmará o negará con el análisis del resultado de las investigaciones de laboratorio clínico, radiográficas, endoscópicas o de otro tipo” (pág. 50)

El afán por la extrema sistematización y el afán por el cumplimiento estricto del método ha llevado a que la historia clínica en muchos casos carezca de validez científica y se transforme en un documento meramente informativo sobre un paciente particular, no pudiendo servir de base para comparación o revisión de casos relativos a una dolencia particular.

Aunque existan diversos esquemas de organización para la historia clínica la información que se solicita en ella es la misma. Pudiendo variar en la prioridad para su aparición o la extensión que esta tiene en un contexto específico. Siendo lo más importante:

Datos administrativos: Solicitados por el centro de salud, deberían ser diseñados con criterios de la bibliotecología, para facilitar el acceso a la información y a la propia historia para el seguimiento del paciente

Datos personales y sociales del paciente: Que permita diseñar un perfil demográfico, psicológico, conyugal, político, religioso, cultural, familiar, educacional, económico y laboral del enfermo. Aquí destacarían parte de los aspectos de su entorno.

Anamnesis reciente y remota: Enfermedades recientes y antecedentes familiares

Examen físico y sintomatología: por órgano y sistema

Recomendaciones paraclínicas

Recomendaciones terapéuticas

Anotaciones subjetivas

El clínico de forma individual organiza la información de acuerdo con



su necesidad y recursos, cabe destacar que la historia clínica en la actualidad puede estar computarizada y formar parte de un sistema informático que incluso ayude en la impresión diagnóstica de acuerdo con los datos que le son cargados, o ser un compendio de hojas escrito por el propio médico. Lo relevante es que tenga un diseño adecuado para la necesidad de la práctica clínica y que tenga funcionalidad suficiente para hacer seguimiento del paciente desde su primer ingreso hasta la finalización de la relación sanitaria.

En todo caso, los retos en la elaboración de una historia clínica, sea que se organice de acuerdo con la información del paciente o según la enfermedad es que procure omitir los errores más comunes que se encuentran en este documento, y que en palabras de (Barreto, 2000) son:

- “1. Deficiente utilización del lenguaje médico con su terminología y errores gramaticales graves.
2. Empleo de formas puramente descriptivas con ausencia total y reiterada de pensamiento médico y juicio clínico.
3. Presencia de información no válida abundante.
4. La concepción del expediente clínico como un elemento estático.
5. Ausencia total del carácter explícito de las decisiones médicas.” (pág. 54)

Finalmente, el médico, durante el primer encuentro con el paciente y para el diseño de una historia clínica adecuadas debe incorporar los elementos que le son útiles a su especialidad y nivel de atención en salud, así como aquellos aspectos subjetivos que le permitan la valoración del paciente en su entorno, atendiendo siempre a las consideraciones del método clínico y empleando esquemas pertinentes para el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo.



7.2. Definición de la conducta terapéutica

La definición de la conducta terapéutica reviste gran importancia dentro del hecho médico, es esta la que contiene en si misma la curación de la enfermedad y la preservación de la salud y la vida del paciente. No obstante, en la medicina clínica actual, la conducta terapéutica ha dejado de ser una decisión estricta del médico. Al transformarse la relación médico paciente, de ser paternalista y vertical a una más democratizada en la que el paciente se transforma en agente de su propia salud, es de esperar que entonces participe también en las decisiones relativas a los procedimientos y conductas que han de adoptarse para su rehabilitación.

En ese sentido, el médico cuenta con un instrumento o herramienta, mediante el cual el paciente asiente dicha participación y se hace “cómplice” del hecho médico, respetando la ética y los roles que cada uno tiene en la curación de este. Dicho instrumento es el consentimiento informado, un documento que por lo general surge para la aprobación de procedimientos altamente riesgosos o invasivos, pero que hoy en día puede servir de base para la conducta terapéutica en cualquiera de los niveles de salud.

El consentimiento informado se diseña con dos objetivos, proteger la ética y actuación médica, y respetar la autonomía y los derechos del paciente, para su realización es necesario que el enfermo conozca todas las aristas de su diagnóstico y las posibilidades terapéuticas que tiene a disposición, así como los efectos esperados positivos y adversos de la conducta que se va a seguir. En ese sentido, Lifshitz G. (2004) afirma que:

“El consentimiento informado se puede ver como la formalización de un derecho de los pacientes, una forma de protegerse de demandas y reclamaciones, la expresión de un ordenamiento legal o como un requisito burocrático. Por otro lado, se puede visualizar como la máxima expresión de una relación médico-paciente comprensiva y comprehensiva, un respeto irrestricto a la autonomía, una responsabilidad de ofrecer información completa, y un compromiso con los mejores desenlaces para los en-



fermos bajo la particular visión de ellos mismos” (pág. 25)

Como herramienta, el consentimiento informado, es utilizado en procedimientos de alto riesgo, si embargo es la guía para llevar a cabo el tratamiento de cualquier enfermedad y en cualquier paciente, tal vez no como documento estricto, pero sí dejando claridad en la visión de la relación sanitaria en la que el paciente forma parte activa de su tratamiento.

7.3. Consideraciones para la recuperación de la salud del paciente

Dentro de los parámetros de la medicina tradicional, la recuperación del paciente depende del apego farmacológico y el seguimiento estricto de la conducta terapéutica que ha sido asumida en su totalidad por el médico clínico, en función a sus conocimientos y el estudio científico de la enfermedad. Sin embargo, la realidad es que muchas veces no existe un total apego farmacológico y que el seguimiento de la terapia por parte del médico es un hecho completamente exógeno a la consulta.

Por lo tanto, el médico ya no es responsable absoluto de la recuperación del enfermo, al contrario, es el propio paciente quien asume la responsabilidad sobre su curación y conducta de apego farmacológico y terapéutico, sin la voluntad del paciente no es posible su recuperación. Ahora bien, el clínico tiene la responsabilidad de establecer una conducta terapéutica adecuada, y sigue siendo su papel el de garantizar la vida y la salud del paciente que acude a su consulta, por lo tanto, es necesario que ajuste su práctica clínica a consideraciones que le permitan generar una verdadera recuperación del enfermo.

Para lograr este objetivo, la medicina clínica actual propone el estudio sistematizado del entorno del paciente y ajuste de los tratamientos a esta realidad, así por ejemplo, si el contexto económico y laboral o cultural del paciente no le permite acceder a fármacos específicos, pero si a terapias alternativas que tengan efectividad, el médico debe garantizar que sea



comprendido el diagnóstico y asumida la segunda opción, pues al emplear la terapia farmacológica indicada en la literatura solo estaría haciendo gala de un conocimiento poco útil para el paciente y que por lo tanto será desechado a la salida del consultorio.

Igualmente, es importante que el médico considere los patrones culturales del paciente y procure la incorporación de estos al diseño de las medidas terapéuticas que tomará, haciendo hincapié en la generación de cambios en los patrones sanitarios que puedan representar daños a la salud. Es importante, entender al paciente como un ser humano complejo y holístico, que acude con una sintomatología, pero que busca más allá del alivio de estos, la verdadera remisión de las causas productoras de esos síntomas. En ese sentido, es vital que el médico se centre en la persona más que en la enfermedad, para definir el tratamiento, pero que sea un verdadero investigador y científico para diagnosticarla.

Otro aspecto relevante para la recuperación del paciente es el seguimiento que debe tener el paciente una vez que abandona la consulta, es importante la generación de una relación médico – paciente que trascienda la de un cliente con su proveedor o la de un técnico con su atendido, esta debe ser una relación sanitaria de verdadero diálogo, en la que el paciente se sienta en verdadera confianza de indicar cada una de las manifestaciones de la enfermedad, pero que también sienta la necesidad de informar y revisar junto al clínico cuando esta ha desaparecido o ha sido controlada. Una relación dialógica permite que el médico pueda acercarse al paciente aun de manera informal y conocer los aspectos positivos o adversos del tratamiento que se ha definido.

CAPÍTULO VIII

A MANERA DE CONCLUSIÓN





El papel del médico en la sociedad del siglo XXI

El siglo XXI se presenta con una vorágine de cambios que afectan todos los aspectos de la vida, el acceso y rapidez de la información, la incorporación de la tecnología en los hechos cotidianos, el reconocimiento de las minorías y la discusión abierta de temas tabú, marcan el día a día de este nuevo siglo. Sin embargo, las profesiones, universidades y aun la sociedad en general vive conforme a los paradigmas anteriores y se encuentra en permanente disyuntiva sobre la adopción total o parcial de este nuevo modo de vida.

Adicionalmente, la era industrial ha dejado tras su paso una huella que pone al mundo de cara a problemáticas que afectarán y afectan desde ya las condiciones de vida en el futuro, situaciones como el riesgo hídrico, la escasez de alimentos naturales y su elevado costo, entre otros, colocan al mundo en un gran reto por la sobrevivencia de la especie humana en condiciones hasta ahora desconocidas.

En ese sentido, la tecnología y la investigación científica aporta cada día soluciones más innovadoras, desde la clonación de cultivos y la fabricación de productos cárnicos en laboratorio hasta la colonización espacial, pero las consecuencias de estos avances son todavía desconocidos y su aceptación es limitada ante la sociedad. Lo incierto del siglo XXI coloca sobre todas las ciencias y profesiones una espada de Damocles que le obligan a su transformación. El desarrollo de los estudios intrauterinos permiten prever ciertas enfermedades desde la vida del ser humano antes de nacer, se ha demostrado que una buena nutrición en el embarazo no solo disminuye el riesgo para la madre y el bebé sino que asegura que éste sea un adulto sano.

Esta realidad no es ajena al ejercicio de la medicina, que además de afrontar esta sociedad, se consigue en su práctica con la realidad que dictamina la desigualdad global, la formación del médico, aun basada en los paradigmas anteriores se confronta con un mundo que requiere de un especialista que le comprenda en su intimidad, que se reconozca como parte



del entorno.

El médico se forma para estudiar la enfermedad, no dándose cuenta de que en el mundo actual existen dos causas fundamentales de las condiciones más epidémicas, el exceso y la carencia. Una parte del mundo enferma por exceso, determinado por su condición socioeconómica y la elevada propensión al consumo, mientras la otra enferma debido a la carencia de los servicios más básicos.

En ese sentido, el médico que se requiere en el siglo XXI es aquel que retorna a su raíz fundamental, allá donde no existía la medicina como ciencia particular, sino que el estudioso de la enfermedad evaluaba cada aspecto del ser humano y del síntoma que se presentaba, con un profundo espíritu de curiosidad científica que le permitía mirar cada “paciente” con absoluta novedad. Un médico que se dedique a ser algo más que médico y comprenda los elementos sociológicos, económicos, políticos, tanto como los biológicos o anatómicos, un médico que más allá de un juramento hipocrático o el respeto de su código de ética, base su accionar en ser humano.

BIBLIOGRAFÍA



- Acuerdo Ministerial 14.660. . (1992). *Código de Ética Médica*.
- Alba, L. (2012). *Familia y práctica médica*. Obtenido de Universitas Médica, 53(2)166-187: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vni-medica/article/view/16132>
- Argente, J., Carrascosa, A., García, R., & Rodríguez-Hierro, F. (2000). *Crecimiento intrauterino. Tratado de Endocrinología Pediátrica y Adolescencia*. Doyma: Barcelona-España.
- Baena, D. (s.f.). *El contexto de la investigación clínica en atención primaria*. Obtenido de <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-3.pdf>
- Ballabriga, A., & Carrascosa, A. (2001). *Nutrición fetal. Nutrición en la Infancia y Adolescencia*. Madrid: Ergión.
- Barreto, P. (2000). *La historia clínica: documento científico del médico*. Obtenido de Ateneo, 1(1), 50 – 55: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.htm
- Barrio, S. (2014). *La nutrición inteligente, guía práctica de alimentación y gastronomía viva*. Caracas: Editorial Planeta.
- Bishagratna, K. (1907). *Sushruta Samhita. Volumen I*.
- Bousquet, J. (2002). *Workshop Report Introduction. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*. Supplement to The Journal of Allergy Clinical Immunology: Workshop Group/World Health Organization.
- Buganza, J. (2008). *Ética persona y sociedad. En-claves del pensamiento*, 2(3), 177-187. Obtenido de www.scielo.org: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2008000100011&lng=es&tlng=es



- Capote, F., Masa, J., Jiménez, G., Peces-Barba, & Amilibia, R. (s.f.). Manifestaciones clínicas del SAHS. Métodos diagnósticos. Síndrome de resistencia aumentada de la vía aérea superior. *Arch Bronconeumol*(38), 21-27.
- Carvajal, E. (2010). *Interdisciplinarietà: desafío para la educación superior y la investigación*. Obtenido de Revista Luna Azul, 31, 156 – 169: <http://www.scielo.org.co/pdf/luaz/n31/n31a11.pdf>
- Consulta Otorrino . (13 de marzo de 2018). *10 ENFERMEDADES QUE MÁS ATIENDE UN OTORRINOLARINGÓLOGO*. Obtenido de www.consultasotorrino.com.ar: <https://www.consultasotorrino.com.ar/enfermedades-mas-atiende-otorrinolaringologo/>
- Cresswell, J., Barker, D., Osmond, C., Egger, P., Phillips, D., & Fraser, R. (1997). Fetal growth, length of gestation, and polycystic ovaries in adult life. *Lancet*(350), 1131-5.
- Díaz, A. (2002). *Manual de procedimientos invasivos en medicina intensiva y emergencia*. Obtenido de www.intramed.net: https://www.intramed.net/sitios/downloads/Manual_medicina_intensiva_baja.pdf
- Díaz, R. (2002). *Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios*. Obtenido de Revista de calidad asistencial, 17(1), 22 – 29: https://s3.amazonaws.com/academia.edu/documents/31286598/57.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1553825890&Signature=NG%2FzZaruLwYJ51YR5dk%2FYUXyqrY%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DArticulo_Especial.pdf
- Durán-Cantolla, F., Puertas-Cuesta, G., Pin-Arboledas, G., & Santa María-Cano, J. (2005). Documento de consenso nacional sobre el síndrome

- de apneas-hipopneas del sueño. *Arch Bronconeumol*(41), 1-110.
- Dykewicz, M., Fineman, S., Skoner, D., Nicklas, R., Lee, R., & Blessing-Moore, S. (1998). Diagnosis and management of rhinitis complete guidelines of the joint task force on practice parameters in allergy, asthma and immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol*(81), 478-518.
- Epstein, L., Kristo, D., Strollo, P., Friedman, N., Malhotra, A., Patil, & S. (2009). Clinical guideline for the evaluation, management and long term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med*(5), 263-276.
- Fernández, L., Fernández, F., Geoffrey, R., Stucki, G., & Cieza, A. (2009). *Funcionamiento y discapacidad: la clasificación internacional del funcionamiento (CIF)*. Obtenido de Revista Española de Salud Pública, 83(6), 775-783: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600002&lng=es&tlng=es
- Fireman, P. (2000). Therapeutic approaches to allergic rhinitis. Treating the child. . *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 105(616-21).
- Fresno, C. (1996). *Sistemas de atención de salud (I)*. Obtenido de Revista Cubana de Salud Pública, 22(1), 11-12: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006&lng=es&tlng=es
- García, S. (2015). La empatía en la medicina. *Revista latinoamericana de patología clínica medicina de laboratorio*. 64(4), 204-205.
- Gaziano, E., Knox, H., & Ferrera, B. (1994). Is it time to reassess the risk for the growth retarded fetus with normal Doppler velocimetry of



- the umbilical artery. *Am J Obstet Gynecol*(170), 1734-43.
- Giles, T., Lasserson, T., Smith, B., White, J., Writh, J., & Cates, C. (2008). Presión positiva continuada de las vías respiratorias para la apnea obstructiva del sueño en adultos. *Biblioteca Cochrane Plus*(3). Obtenido de <http://www.update-software.com>
- Guía práctica sobre Derechos Humanos en la atención al paciente. (2015). *capítulos internacionales y regionales*. Obtenido de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwjoroTPkabhAhVCx1kKHbqeAywQFjABegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.easp.es%2F%3Fwpdmact%3Dprocess%26did%3DMTMxLmhvdGxpbms%3D&usg=AOvVaw1ExPjZoMvdA-JWkDN1ix0X>
- Harding, J., & Johnston, B. (1995). Nutrition and fetal growth. *Reprod Fertil Dev*(7), 539-47.
- Iwamoto, H., Murray, M., & Chernausek, S. (1992). Effects of acute hypoxemia on insulin-like growth factors and their binding proteins in fetal sheep. *Am J Physiol*(263), E1151-56.
- Jovell, A., Navarro, R., Fernández, M., & Blancafort, S. (2006). Participación del paciente: nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Series*, 38(4). doi:10.1157/13092347, 189 – 244.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). *La relación médico – enfermo a través de la historia*. Obtenido de *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(3), 7-17: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600002&lng=es&tlng=es
- Lifshitz, G. (2004). El consentimiento informado: aplicación en la práctica de la medicina. *Revista Conamed*, 9(3), 23-25.

- Lim, J., Lasserson, T., Fleetham, J., & Wright, J. (2008). Aparatos bucales para la apnea obstructiva del sueño. *Biblioteca Cochrane Plus*(3). Obtenido de www.update-software.com
- López, J. (2008). *Aprender a comunicarse con el paciente y con su entorno*. Obtenido de Educación Médica, 11(1), 53-61: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132008000500011&lng=es&tlng=es
- Losada, J., & Socías, Z. (2016). *El razonamiento clínico con enfoque diagnóstico*. Obtenido de MEDISAN, 20(2): <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/687>
- Lubchenco, L., Hansaman, C., Dressler, M., & Boyd, E. (1993). Intrauterine growth as estimated from live born birth weight data of 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*(32), 793-800.
- Lucio, R., Villacrés, N., & Henríquez, R. (2011). *Sistema de salud de Ecuador*. Obtenido de Salud Pública de México, 53(2), s177-s187: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&tlng=es
- Marsal, K., Persson, P., Larsen, T., Lilja, H., Selbing, A., & Sultan, B. (1996). Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weights. *Acta Paediatr*(85), 843-48.
- McNicholas, W. (2005). Diagnosis of obstructive sleep apnea in adults. *Proc Am Thorac Soc*(5), 154-160. doi:<http://doi.org/10.1513/pats.200708-118MG>
- Melchor, D. (2003). Amigdalitis aguda: criterios de amigdalectomía. *Anales de Pediatría*, 1(1), 62-8.
- Michael, P., & Schumrick, D. (1982). *Otorrinolaringología*. Tomo 3. Ca-



beza y cuello. . s/l: Técnica.

Navarro, T. (2017). *Kintsukuroi, el arte de curar heridas emocionales*. Barcelona: Zenit: Editorial Planeta.

Quadreli, A., Cardoso, M., & Castiel, L. (2014). Sobre el carácter indiciario del método clínico: una mirada antropológica a partir de un relato de caso publicado. *Salud Colectiva*.10(2). doi:10.18294/sc.2014.219, 157-169.

Ramiro, H., & Cruz, A. (2017). Empatía, relación médico – paciente y medicina basada en evidencias. *Medicina Interna México*, 33(3), 299-302.

Reik, W., Constancia, M., & Fowden, A. (2003). Regulation of supli and demand for maternal nutrients in mammals by imprinted genes. *J Physiol*(547), 35--44. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1113/jphysiol.2002.033274>

Riley, R., Powell, N., & Guillemineault, C. (1993). Obstructive sleep apnea syndrome a surgical protocol for dynamic upper airway reconstruction. *J Oral Maxxillofac Surg*(51), 742-747.

Rodríguez, G., & Pino, G. (2015). El método clínico en Medicina Tradicional y Natural. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 539-550.

Ruiz, J. (17 de agosto de 2006). *Técnicas quirúrgica de amigdalectomía y cuidados postoperatorios*. Obtenido de Odontología-online: www.odontologia-online.com/php/phpBB2/about3355.html

Schünemann, H., Jaeschke, D., Cook, W., Bría, A., & El-Solh, A. (2006). An official ATS statement: grading the quality of evidence and strength of recommendations in ATS guidelnes and recommenda-

- tions. *Am J Respir Crit Care Med.*, 174(174), 605-614. doi:<http://dx.doi.org/10.1164/rccm.200602-197ST>
- Suárez, P. (2010). *El tesoro de la salud, una vida saludable y plena gracias al naturismo*. Barcelona: Editorial océano.
- Sundaram, S., Bridgman, S., Lim, J., & Lasserson, T. (2008). Cirugía para la apnea obstructiva del sueño. *Biblioteca Cochrane Plus*(3). Obtenido de <http://www.update-software.com>
- Tenor, R., De La Plata, C., Colomo, N., Conde, M., & Oliva, M. (2016). Motivos de consulta de pacientes atendidos en un servicio de ORL en un hospital de segundo nivel. *Revista ORL*, 7(4), 205-210.
- Valdivieso, D., & Vicente. (2004). La Medicina Clínica: Una Visión Personal. *Revista chilena de pediatría*, 75(5). doi: 10.4067/S0370-41062004000500001, 417-419.
- Vázquez, C., Ramírez, P., & Zarco, R. (2001). Entorno familiar y paciente crónico. *Semergen*, 27(1). doi: 10.1016/S1138-3593(01)73669-6, 24-26.
- Ward, R., Smith, S., & Donnai, D. (1994). *Maternal factors, fetal size and placental ratio 18 weeks: their relationship to final size. Early fetal growth development*. London: RCOG-Press.
- Warlow, R. (2000). Preliminary criteria for definition of allergic rhinitis: a systematic evaluation of clinical parameters in a disease cohort. *Clinical and Experimental Allergy*(30), 1314-31.
- Whiar.com. (octubre de 2004). *Allergic rhinitis and its impact on asthma*. Obtenido de <http://www.whiar.com>
- Whitaker, R., & Dietz, W. (1998). Role of the prenatal environment in the



development of obesity. *J Pediatr*, 132(5), 768-76.



MEDICINA CLÍNICA EN EL SIGLO XXI



Publicado en Ecuador
Junio del 2019

Edición realizada desde el mes de diciembre del año 2018 hasta marzo del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 100, Ejemplares, A5, 4 colores



MEDICINA CLÍNICA DEL SIGLO XXI

El papel del médico en la sociedad

AUTORES

**FRANCISCO XAVIER BEJARANO PILAY
VIVIANA ALEXANDRA CÁRDENAS SANTOS
BIUTHY LISSETH CARVAJAL ZAMBRANO
ESTHER ELIZABETH ESMERALDAS VÉLEZ
JOSÉ ADOLFO SOLÓRZANO VÉLEZ
CÉSAR ENRIQUE VERA SAUHING
MARÍA GABRIELA LUCIN SALAZAR
MARÍA JOSÉ GARCÍA CEDEÑO
STEVEN JAVIER BERRUZ ALVARADO
WENDY GABRIELA CEVALLOS PICO**

ISBN: 978-9942-787-21-7




MAWIL
Publicaciones Impresas
y Digitales