

Anales de la Academia de Medicina de Medellín

Epoca V, volumen 12, número 2, abril-junio 1999

Publicada desde 1887



Contenido

Ética

Deterioro de la relación médico-paciente y sus consecuencias en el ejercicio de la medicina 45

Dr. Ramón Córdoba Palacio

Bioética

La cesárea sin indicación obstétrica, algunas consideraciones éticas 51

Dr. Carlos Alberto Gómez Fajardo

Temas médicos

Alcaloides pirrolizidínicos y enfermedad venooclusiva hepática 61

Dr. Rodrigo Angel Mejía, Azael Mesa M.,
Darío Sánchez S.



Portada volumen 12, números 1, 2, 3 y 4, 1999
Sir William Osler

Deterioro de la relación médico-paciente y sus consecuencias en el ejercicio de la medicina

Ramón Córdoba Palacio, MD*

«En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte». Juramento (Hórkos).

Resumen: La visión de la salud como un “bien de consumo”, la pérdida de la libertad del paciente para elegir a su médico, la intromisión de un intermediario comercial o mercantil entre aquél y éste, la exigencia constante de violar el sigilo profesional, y las determinaciones de las empresas vendedoras de salud para controlar los gastos y aumentar sus réditos económicos y, por último, la introducción de un representante de ese intermediario mercader en el “equipo de salud”, minarán cada vez más de lo que hasta ahora lo han hecho la fundamental confianza que hace posible y noble la misión médica y destruirán los fundamentos esenciales del ejercicio médico convirtiéndolo en una peligrosa actividad solamente técnica y comercial.

Estas reflexiones no deben interpretarse como un desconocimiento al deber del Estado, y por ende de todo ciudadano, de contribuir para aliviar las necesidades de los menos favorecidos de la fortuna, tampoco como la pretensión de que los médicos estemos exentos de leyes que regulen la práctica de nuestra profesión, sino el rechazo a un sistema que atropella día a día la dignidad del paciente y la del médico.

Palabras clave: relación médico-paciente, derechos del paciente, intermediario mercantil.

Summary: Summary: The vision of health as a «resource of consumption», the loss of the freedom of the patients to choose their physician, the insertion of a commercial or mercantile intermediary between the first and second, the constant requirement of violating the professional discretion, and the determination of the health establishments to control the expenses and to increase their economic income and, finally, the introduction of a representative of such intermediate merchant in the «health system», will increasingly affect the fundamental confidence and noble mission of medicine and will destroy the main bases of the medical practice, becoming a dangerous activity only technical and commercial.

These reflections should not be interpreted as ignorance of the duty of the State, and by means of all citizens, of contributing to alleviate the needs of the less favored of the fortune, neither as the challenge of the fact that the physicians are exempt of laws that regulate the practice of our profession, but the rejection to a system that tramples day to day the dignity of the patient and the physician.

Key words: physician-patient relationship, patient's rights, mercantile intermediary.

E sencia de la relación médico—paciente.

Antes de mirar el actual deterioro de la relación médico—paciente, detengámonos unos instantes en la esencia de esa relación, en los elementos que constituyen el fundamento de la misma, en el *êthos* del “arte de sanar” desde cuando dicho “arte” aparece entre los hombres, es decir, desde los más primitivos albores de la humanidad.

* Profesor Emérito de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Antioquia y de la Universidad Pontificia Bolivariana. Profesor de Bioética y de historia de la medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana. Presidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia. Miembro de CECOLBE.

La historia nos enseña cómo en todas las culturas conocidas, el “sanador”, cualquiera sea el nombre que reciba y la condición social que un momento histórico haya ostentado, mereció y recibió el respeto de la comunidad en la cual convive y ejerce su misión. Nos enseña también cómo esa comunidad, consciente o intuitivamente, conoce el incommensurable valor del patrimonio que le confía —la continuidad de su existencia como seres humanos— y por ello le exige poseer unas cualidades, le traza unas condiciones y vigila estrictamente que sean cumplidas.

Hoy en día sabemos que algunos de esos atributos, juzgados en ese entonces como indicaciones sobrenaturales, son manifestaciones mórbidas pero, inclusive en estos casos, las cualidades morales y las exigencias en relación con la honestidad de su comportamiento — no siempre expresadas formalmente — siguen siendo válidas e ineludibles: la prudencia, la libertad en la toma de decisiones en relación con el cuidado del paciente, la guarda de la intimidad del mismo, etc., todo lo cual requiere la exclusión de intermediarios que puedan desviar o escamotear el beneficio propio de la acción del “sanador”, el bien que de ella se origine y que pertenece sólo al enfermo o paciente como persona individual y como ser que vive en sociedad.

Con el surgimiento en Grecia, a mediados del siglo V antes de Cristo, de la medicina hipocrática, técnica, científica o racional, los “asclepiadas”, ya en el siglo IV antes de Cristo, por propia iniciativa, sin ninguna imposición legal o religiosa y para satisfacer las tácitas inquietudes y expectativas que su labor pudiera producir en sus pacientes, proclaman el Juramento, *Hórkos* [1], llamado hipocrático, y se obligan por él, ante los dioses, a cumplir con los nobles y altos ideales morales, con las cualidades éticas que exige su misión. Los “sanadores primitivos” y los “sanadores científicos”, los hipo-cráticos, aceptan y exaltan así esa intuición innata en el espíritu del ser racional: la conciencia de su dignidad inalienable, incondicional o absoluta.

«*En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte*» [1]. Este voto, uno de los más hermosos y de más sentido humano en esa inigualable página de respeto a la persona humana y a la excelcitud del ejer-

cicio de la medicina que es el citado Juramento, nos enseña que entre el “sanador” y el paciente no puede haber siquiera sombra de duda de que aquél sólo busca el *bien* de éste, de que ningún interés desviará o menoscabará su quehacer como lo expresamos antes. Las actitudes y las acciones del primero, el “sanador”, deben tener tal claridad y transparencia que quien es el destinatario de ellas, el paciente, no tenga ni siquiera oportunidad de dudar de que dichas actitudes y acciones están orientadas exclusivamente a la búsqueda y realización de su mayor bien. Es el compromiso solemne, implícito o explícito, de que la voluntad y los conocimientos del médico tienen únicamente un destinatario, la persona del paciente, para cooperar con él en la realización plena y digna de la existencia de éste.

Laín Entralgo [2] expresa con claridad meridiana el fundamento de la relación médico—paciente, su esencia, cuando afirma: «La relación entre el médico y el paciente no puede ser satisfactoria si no tiene su término en el paciente mismo, en cuanto titular y beneficiario de la salud por que se lucha; no en la sociedad, ni en el Estado, ni en el buen orden de la naturaleza, sino en el bien personal del sujeto a quien se diagnostica y trata, y por tanto en el sujeto mismo».

Y dentro de ese contexto de honestidad a toda prueba debemos incluir el voto sobre el sigilo o secreto profesional: «Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación de la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto» ⁽¹⁾. Porque es honesto y justo que la intimidad, su propia intimidad y la de otros como sus padres, sus hermanos, su esposa, etc., que nos confía el paciente urgido de hacerlo por su anhelo de salud y para poder se ayudado por el médico a realizar su personal proyecto de vida, no sea divulgado a nadie, a menos que valores de mayor jerarquía — el bien verdaderamente común —hagan menos rigurosa la obligación de callar, sin que nunca se libere al profesional totalmente de ésta ^(3, 4). Es que la intimidad hace parte de la libertad de la persona humana y por consiguiente de su esencial dignidad [4-10].

Con la certeza de que esos dos principios serán siempre respetados y cumplidos, principios que no tie-

nen que ser expresados pues se experimentan espontáneamente como un derecho natural en toda persona humana, como una vivencia interna del ser inteligente y racional de que su dignidad incondicional exige sumo respeto, nace y se acrecienta la mutua e indispensable confianza [4, 11] que hace posible el ejercicio cotidiano de la medicina, del “arte de sanar”. Ningún tipo de asistencia médica, desde el más primitivo, el espontáneo, hasta el más “técnico” o “científico”, puede ser beneficioso, puede revertirse en bien del ser humano, si no se lleva a cabo en un ambiente de verdadera confianza entre el paciente y el médico ^(5, 11).

Deterioro actual de la relación médico-paciente.

Nunca antes en la historia de la medicina en Colombia se había presentado una crisis de tal magnitud y profundidad como la que actualmente soportamos. En otra oportunidad afirmamos [12] que el prestigio y la confiabilidad del profesional médico ocupa la última escala social, por debajo del de las “trabajadoras sexuales” y con mucha menor libertad “profesional” que éstas, pues ellas pueden elegir sus “clientes” y fijar sus “tarifas”. La razón de tan deplorable situación, para médicos y pacientes, es que al amparo de una ley y de múltiples decretos y resoluciones, se atenta directamente contra los fundamentos esenciales del quehacer de aquéllos en el servicio de éstos.

Sin embargo, es necesario advertir que se encuentran dos visiones opuestas, dos análisis contrapuestos frente a esta crisis. Uno, proviene del médico que día a día, en el ejercicio de su misión, enfrenta la situación de enfermos en quienes el tiempo de atención, los recursos diagnósticos y terapéuticos están determinados no por las reales necesidades sino por el generalmente inhumano parámetro “costo-beneficio”, “efectividad-rendimiento”, en favor de un rédito mercantilista. Esto explica, aunque no justifica éticamente, que para cumplir los estrictos porcentajes de tiempo por paciente, el médico deba dedicar su labor a resolver la queja más “importante” del enfermo sin poder escudriñar su verdadero valor y su relación con las restantes. Se lo obliga así a “atender” enfermedades, síntomas, no enfermos, no personas que padecen alguna enfermedad.

La otra visión es la de quienes frecuentemente fijan su interés primordial en curvas estadísticas de “cubrimiento”, de “número de usuarios”, de cifras de “clientes” y de “tarifas”, de costos y, aún más, en beneficios políticos aunque pasajeros, sin profundizar mucho en la verdadera calidad humana y académica de dichos “cubrimientos”. Para la primera visión el enfermo, el paciente, es una persona de carne y hueso que requiere sus servicios médicos para continuar su existencia humana; para la segunda es, más comúnmente de lo deseado, una cifra estadística en medio de una sociedad amorfa o masa que lo absorbe sin más.

En esta segunda concepción de la atención de salud, no importan la pérdida o menoscabo de ciertos valores esenciales de la persona humana como individuo, entre ellos el de la libertad de decidirse sin atropellar otras libertades. En el actual sistema de atención médica, así se proclame comercialmente lo contrario, el paciente — “cliente”, como se lo denomina hoy — sólo tiene libertad para escoger la entidad promotora de salud (E. P. S.), “tienda” o “expendio” de salud que le ofrezca mejores programas — “enseres” — sobre la materia, pero no al médico que le inspira confianza para hacerlo responsable *in solidum* de su existencia, de su vivir dignamente.

Aquí encontramos uno de los elementos, quizás el más deletéreo, del deterioro de la relación médico-paciente, en la modalidad actual del quehacer médico, incluyendo en este deterioro a todo profesional que se ocupe del ser humano en el área de la salud. La misión de estos profesionales no es ni puede llevarse a cabo simplemente como una labor técnica [5], concepto frecuente en la segunda visión analizada antes. Es, y no puede dejar de ser, una labor, una misión esencial y primordialmente humana [5]. Esto distingue al médico de personas humanas, del médico de seres no racionales.

Y en el cumplimiento de esa misión humana y humanitaria existe, y tiene que existir, lo que el genio griego llamó la amistad médica, la “*philia*”, que hace posible el acrecentamiento de la indispensable confianza mutua entre el paciente y el profesional. Pero, la amistad no surge sólo de la eficacia técnica, como pretenden algunos, y menos aún puede imponerse por determinaciones legales. Y en las circunstancias actuales del ejercicio de la

medicina, no podemos esperar que brote del frecuente encuentro entre aquél y éste, pues el profesional es un personaje que aparece o desaparece según la disponibilidad o turnos y las necesidades de los “expendios de salud”, no hay la continuidad en el trato que permita el suficiente conocimiento y el nacimiento de la amistad.

La causa de este elemento perturbador en la relación médico paciente es un gravísimo error filosófico y antropológico acerca de lo que significa la salud para el ser humano. Por importante que ésta sea, es, sin embargo, un valor secundario frente a la existencia de la persona, frente a su existir, a su vivir, y es la existencia lo que el paciente sano o enfermo confía al médico [2, 4, 5, 11-14]; no es la cura del quebranto de salud o la prevención de la enfermedad sino la ayuda para permanecer “siendo” persona lo que aquél requiere de éste. Si es así, como en realidad lo es, no podemos aceptar que la misión del médico se catalogue como la de alguien que en una u otra forma “distribuye y administra” un “bien de consumo” ya que su responsabilidad es cuidar de la continuidad de la existencia de quien requiere su servicio profesional. Si la salud es parte importante, aunque no esencial, de la existencia del hombre y lo que se le confía al médico en su labor es dicha existencia, no podemos, insistimos, entender su misión fundamental como la de un “expendedor” de salud, como quien dispensa un “bien de consumo”. La existencia humana que es, repetimos, lo que en última instancia se le entrega como a guardián *in solidum* de ella, no es ni puede ser un “bien de consumo” a merced del mejor postor.

Concebida y planificada así la misión del médico, como la de un “expendedor de elementos o enseres” para el bien de consumo llamado salud, es comprensible, aunque no honesto ni éticamente aceptable, que los dueños y administradores de las instituciones — “expendios” o “tiendas” de salud : E. P. S., I. P. S. —, tracen unas pautas de obligatorio cumplimiento a sus empleados o “expendedores”: cantidad de tiempo que debe dedicarse a cada “cliente”, recursos disponibles para el diagnóstico y el tratamiento, etc. La finalidad, la meta de dichas instituciones es la de conseguir las mayores ganancias y, para ello, los mínimos gastos; su interés no es ni puede ser la calidad humana y académica de la asistencia médica porque no es el

área de su competencia ni su objetivo institucional, pues están ligados al comercio y como parte de éste deben constituir un negocio cada vez más rentable, su principio es el de costo-eficacia y la existencia humana no siempre ofrece ganancias económicas y, éticamente, no es nunca negociable. Obviamente que dentro de las máximas ganancias con mínimos gastos tienen que estar incluidas las bajas “tarifas” que se pagan a los dependientes médicos. La competencia entre ellas en el mercado no es por la calidad académica y humana que proporcionen al paciente el óptimo bien, de acuerdo con sus necesidades reales, sino por el bienestar, el “buen pasar”, en una situación de enfermedad que a todos nos preocupa.

Se destruyó así, por la intromisión legal de un intermediario comercial, la esencial amistad y confianza entre el paciente y el médico. Aquél no se siente solidario con las acciones del “empleado” que no eligió libremente como guardián de su existencia y ve en ellas reales o supuestas desviaciones a favor del “patrón” de éste, de la empresa dueña del negocio y se siente por lo tanto con el derecho y casi con el deber de reclamar por la “mala calidad” de lo que se le “entregó” o se le “vendió”. Frente a esta falta de confianza por parte del paciente, el médico, tratado más como empleado de segunda que como verdadero servidor de la persona humana, busca la seguridad de su futuro ejerciendo la peor de las medicinas, la medicina a la defensiva, que deteriora más la relación médico paciente y encarece la asistencia en el área de la salud.

Existe una realidad que agrava aún más la mutua desconfianza que el sistema actual de asistencia médica ha introducido en la relación que nos ocupa. Cuando el paciente demanda, con o sin razón, la demanda recae sobre el médico que, por las perentorias decisiones de los gerentes, tiene, a veces, gravemente limitada su libertad de acción en beneficio de aquél. Sin embargo, éste es quien debe responder porque, pese a las circunstancias en las que se lo coloque, su deber ineludible es, y tiene que ser, que sus actitudes y sus acciones conlleven el mejor bien, el óptimo bien, para quien le confía directa o indirectamente — caso de los niños, los ancianos, los dementes, etc. — la guarda de su existencia. El aumento vertiginoso de demandas contra los médicos es una evidencia de lo expresado.

Otro factor perturbador de la relación médico paciente, no menos grave aun cuando los pacientes no hayan tomado plena conciencia de él, es la perentoria y antiética exigencia de las instituciones "expendedoras de salud", de conocer el diagnóstico de los pacientes para cubrir las "tarifas" al profesional médico. Es un asalto, en nombre de la seguridad mercantil de sus operaciones, a la intimidad del paciente, y que viola sus más preeminentes derechos humanos [4, 5, 9, 14], que desconoce las determinaciones de la Ley 23 de 1981 y, lo que es peor, lo consagrado en la Constitución vigente en Colombia en su artículo 74: «El secreto profesional es inviolable» [15]. Antes habíamos expresado que la intimidad hace parte de la libertad de la persona humana y por lo tanto de su dignidad estructural absoluta o incondicional, y que ningún otro valor particular puede sobreponerse a éste. La autorización para conocer esa intimidad, convenida al firmar las pólizas respectivas, no puede alegarse como válida pues todo acto médico requiere cada vez autorización, previo consentimiento idóneo, para ser aprobado éticamente. Ignoran o desprecian quienes refrendan esta exigencia comercial lo que es la intimidad en el ser humano y su significado antropológico, ignoran o desprecian su dignidad como persona.

Es francamente preocupante y decepcionante que un Ministro de Salud, y Médico además, haya comprometido su prestigio y su autoridad en favor de los intereses de los intermediarios mercantiles y no en defensa de la dignidad de los pacientes y de sus colegas integrando mediante una resolución en el "equipo de salud" a los "Auditores médicos de Aseguradoras y Prestadores responsables de la evaluación de la calidad del servicio brindado" [16]. Pues es obvio que estos personajes, ahora investidos de poder legal aunque carentes de autoridad ética, representan, puesto que los nombra, a las entidades vendedoras de pólizas, "vendedoras de salud", y su misión no es exigir la mejor calidad humana y académica de las acciones médicas, sino que éstas se ajusten a la meta de las instituciones de las cuales dependen: los menores gastos y las mayores ganancias posibles. Y si no cumplen con su cometido no sirven como empleados de quien los paga. Dichos auditores no son, y es difícil que lleguen a ser, jueces imparciales, la lealtad a su "patrón" les crea obligaciones para con éste y si no las cumplen, sin duda serán despedidos.

Y no es ética su presencia porque no son requeridos ni por el paciente ni por el médico tratante para resolver algún problema en relación con la atención a aquél, sino por el intermediario mercantil para que cuide celosamente de sus intereses, de sus ganancias. Una vez más, la autonomía del médico para tomar las decisiones diagnósticas y terapéuticas que en conciencia, honestamente y según su leal saber y entender deba asumir para bien del paciente y de acuerdo con las necesidades médicas del mismo, hallarán en muchas oportunidades una barrera mercantil, comercial, que superará la dignidad de ambos: el paciente y el médico. La meta primordial de estas entidades y de quienes de ellas dependen como sus representantes, es el rédito económico.

Es igualmente decepcionante y preocupante la pasividad desplegada por los médicos y demás profesionales del área en defensa de su excelsa misión, al permitir que intereses extraños destruyan los fundamentos esenciales de su quehacer, y que de la noble vocación de servidores de la persona humana nos hayan convertido en "expendedores" de empresas comerciales, en intermediarios de los "expendios" o "tiendas" de salud. Nos hemos olvidado del compromiso social que obliga a todo médico a defender a todos sus pacientes y a cada paciente, de todo aquello que le haga mal: «*del daño y la injusticia lo preservaré*», proclama el Juramento ⁽¹⁾. Y grave daño le causan los atropellos a su dignidad humana que diariamente padecen los colegas que prestan sus servicios bajo la actual modalidad de atención médica. La defensa vigorosa de la dignidad del paciente, más que el aumento de las "tarifas", será la que devuelva la dignidad a la medicina y al ejercicio de la misma.

En resumen : la visión de la salud como un "bien de consumo" la pérdida de la libertad del paciente para elegir a su médico, la intromisión de un intermediario comercial o mercantil entre aquél y éste, la exigencia constante de violar el sigilo profesional, y las determinaciones de las empresas vendedoras de salud para controlar los gastos y aumentar sus réditos económicos y, por último, la introducción de un representante de ese intermediario mercader en el "equipo de salud", minarán cada vez más de lo que hasta ahora lo han hecho la fundamental confianza que hace posible y noble la misión médica y destruirán los funda-

mentos esenciales del ejercicio médico convirtiéndolo en una peligrosa actividad solamente técnica y comercial.

Estas reflexiones no deben interpretarse como un desconocimiento al deber del Estado, y por ende de todo ciudadano, de contribuir para aliviar las necesidades de los menos favorecidos de la fortuna, tampoco como la pretensión de que los médicos estemos exentos de leyes que regulen la práctica de nuestra profesión, sino el rechazo a un sistema que atropella día a día la dignidad del paciente y la del médico.

Referencias bibliográficas.

1. **Lara Nava, M. D.** Juramento (*Hórkos*). En **García G., C; Lara N., M. D.; López P., J. A. y Cabellos A., B.** Tratados hipocráticos. Tomo I. Madrid. Gredos. 1983. p. p. 63 - 83.
2. **Laín Entralgo, P.** La relación médico - enfermo. Historia y teoría. Madrid. Revista de Occidente. 1964.
3. **Taliercio, G.** Secreto. En **Rosseri, L. y Valsecchi, A.** Diccionario Enciclopédico de Teología moral. Cuarta edición. España. Paulinas. 1980. p. p. 984 - 991.
4. **Córdoba Palacio, R.** El secreto profesional médico. Medicina U. P. B. 9, 1: 13 - 27. Abril de 1990.
5. **Laín Entralgo, P.** Antropología médica para clínicos. Barcelona. Salvat. 1984.
6. _____. Teoría y realidad del otro. Madrid. Alianza Editorial. 1983.
7. **Vidal, M.** Moral de actitudes. Tomo II. Primera parte. Moral de la persona y bioética teológica. Madrid. P S. 1991. p. p. 261 - 285.
8. **Zubiri, X.** Sobre el hombre. Alianza Editorial 1996.
9. **López Azpitarte, E.** Ética y vida. Desafíos actuales. Segunda edición. Madrid. Paulinas. 1990.
10. **Gisbert Calabuig, J. A.** El secreto médico. En Polaino - Lorente, A. Director. Manual de Bioética General. Tercera edición. Madrid. Rialp. 1997. p. p. 298 - 310.
11. **Córdoba Palacio, R.** Los fundamentos de la relación médico paciente. Anales de la Academia de Medicina de Medellín, Época V. 2, 3: 132 - 144. 1989.
12. _____. Crisis actual del quehacer médico. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Época V. 9, 1: 7 - 13. 1996.
13. _____. El médico frente a la vida y frente a la muerte. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Época V. 2, 2: 66- 72. 1989.
14. _____. El ser y el quehacer del médico. Anales de la Academia de Medicina de Medellín. Época V. 8. 3: 107 - 118. 1995.
15. Constitución Política. República de Colombia. 1991. Medellín. Universidad de Antioquia.
16. Ministerio de Salud. Resolución número 1995 de 1999.

deber fundamental para el profesional del sector salud y su marco constitucional se halla determinado en diferentes sentencias de la corte constitucional:

La cesárea sin indicación obstétrica, algunas consideraciones éticas

Carlos Alberto Gómez Fajardo*

"... Haré uso del régimen en beneficio de los enfermos, según mi capacidad y mi recto entender y, si es para su daño e injusticia, lo impediré. A nadie daré aunque me lo pida un remedio mortal, ni tomaré la iniciativa de proponer una cosa así. Del mismo modo, tampoco proporcionaré a una mujer un pesario abortivo. De forma pura y santa pasaré mi vida y ejerceré mi arte". (Juramento Hipocrático)

"... La terapia médica se sustenta sobre dos columnas: el conocimiento científico y la humanidad. El médico es el experto que pone a disposición del paciente su saber y su pericia, actuando y al mismo tiempo, instruyéndolo. La condición es que ambos, médico y paciente, sean seres razonables, dispuestos a afrontar juntos un proceso natural al cual han reconocido y tratarán, y que en su humanidad, coincidan en lo deseable de la meta". (Karl Jaspers)

Resumen. Con este ensayo se aportan elementos para un análisis ético en torno a una progresiva y frecuente situación enfrentada por el obstetra en su práctica clínica: la solicitud por parte de la mujer gestante (o de su esposo) de ser sometida a una operación cesárea cuando no existen evidencias clínicas u obstétricas que justifiquen tal procedimiento.

Para tal fin se invoca una fundamentación antropológica del quehacer médico en la cual se entiende que las intervenciones quirúrgicas deben estar orientadas y justificadas hacia el bien total del paciente, no hacia la mera satisfacción de su deseos. De tal modo, se entiende que es ética esta intervención siempre y cuando sí existan y estén presentes las condiciones objetivas que en la práctica obstétrica reconocida justifican esta intervención.

Se comenta adicionalmente como la atmósfera de una "medicina de los deseos" viene a originar dificultades en el ejercicio obstétrico, pues con frecuencia se presentan conflictos entre los "deseos" del paciente y la lícita aspiración del médico a actuar de acuerdo con su conciencia.

Palabras clave: cesárea, bioética, obstetricia

Summary. I discuss elements for an ethical analysis regarding a progressive and frequent condition faced by the obstetrician in his practice: the query of the pregnant mother (or her husband) to be submitted to a Cesarean section, when there is no clinic or obstetric evidence that justifies such method.

For such matter an anthropologic foundation of the medical ethics is invoked, in which is understood that the surgical interventions should always be guided and justified toward the total benefit of the patients and not for the mere satisfaction of their desire. This way, this intervention should be considered as ethical only if there are conditions that justify its practice.

It is additionally discussed how the atmosphere of a «medicine of desires» originates difficulties in the obstetric practice, since frequently conflicts are developed between the «desires» of the patient and the doctor's ethics.

Key words: Cesarean section, bioethics, obstetrics

* Ginecólogo-Obstetra. Hospital Pablo Tobón Uribe (Medellín). Instituto del Seguro Social (Medellín). Miembro de CECOLBE (Centro Colombiano de Bioética). Medellín, Colombia

No es rara en la práctica obstétrica contemporánea la solicitud de la paciente en el sentido de que se le practique un operación cesárea sin existir las condiciones patológicas o indicaciones reales que justifiquen tal intervención quirúrgica. Dramáticamente, las respuestas de los médicos obstetras ante esta situación varían de manera enorme; oscilan desde las

de quienes no encuentran ninguna objeción o dificultad en plegarse a la solicitud, evitando cualquier consideración o reflexión de orden ético adicional, y las de aquellos que se niegan a aceptar la coacción a la cual son sometidos.

En la valoración individual de cada caso la complejidad de los factores que intervienen podría ser grande, pero no es menos cierto que en la mayoría de los casos este análisis no está tan lleno de dificultades. Las diferencias en las actitudes y en las respuestas a este problema por parte de los obstetras quizás se deban también a la poca atención que se le ha prestado hasta ahora a un concienzudo y honesto análisis ético de la situación planteada.

Por supuesto, existe también la grave circunstancia, no infrecuente de nuestros tiempos, de aquellos “médicos - técnicos - cientificistas” quienes se someten a las exigencias y deseos de sus pacientes, evadiendo de manera sistemática cualquier intento de aproximación crítica a su propio quehacer quirúrgico. También existen - como negarlo - aquellos médicos e instituciones quienes estimulan equívocamente a sus “pacientes - clientes” a solicitar la cesárea con fines diferentes a los propios del ejercicio profesional de la medicina.

Abundan en la literatura obstétrica estudios críticos en relación a la evaluación de las tasas de cesárea por razones diferentes a las específicas indicaciones obstétricas. Se han demostrado hechos como la variación de las tasas de cesárea según el médico [1]. Diversos autores han manifestado posiciones más o menos complacientes en relación a la actitud asumida ante la solicitud de cesárea sin indicación obstétrica clara [2, 3]. Aron ha demostrado [4] unas grandes tasas de variación - desde 6.2.% hasta 26.5% para la cesárea en distintos hospitales de una misma área urbana. Este autor encontró que los factores asociados para una mayor probabilidad de parto intervenido por cesárea son los siguientes: edad materna; morbilidad materna (diabetes, trastornos hipertensivos); podálica; anomalías placentarias y del cordón umbilical; sufrimiento fetal y elevado peso al nacer (macrosomía).

También en la literatura médica colombiana se ha observado el problema; se ha descrito la situación

epidemiológica de la elevación de las tasas de cesárea en hospitales urbanos, con unos datos muy similares a las tendencias estadísticas observadas para los Estados Unidos; Jaramillo [5] trae las siguientes cifras de proporción de cesárea para el hospital de Caldas (Manizales, Colombia):

1970	4.5%
1980	17.5%
1990	23.3%
1994	25.1%

Jaramillo destaca dos hechos: en primer lugar la elevación progresiva de las tasas de cesárea en proporciones similares a las cifras de los Estados Unidos (allí las tasas de cesárea crecieron de 5.5.% en 1970 a 22.8 en 1993); y, en segundo lugar, el marcado fenómeno del descenso en la frecuencia de la utilización del fórceps.

Falta del rigor en el análisis ético

La falta de rigor ético en el análisis del papel del obstetra cuenta desafortunadamente con una larga trayectoria en la especialidad de la ginecología y obstetricia; en ella, la literatura científica está sometida a una influencia cualitativa y cuantitativamente dominada por referencias bibliográficas provenientes del mundo anglosajón.

Posiblemente pesan sobre esta falta de rigor metodológico en el análisis de los aspectos éticos involucrados en el ejercicio de la obstetricia, la ausencia de una formación académica básica en áreas de orientación humanística a lo largo de los estudios universitarios de la carrera de medicina, así como la escasa oportunidad del planteamiento de problemas bioéticos en los diversos períodos del entrenamiento del postgrado, períodos en muchas ocasiones orientados de manera estrictamente técnica por parte de los propios profesores, quienes a su vez (por fortuna con excepciones) carecen de formación e interés por estas áreas.

Este déficit en la formación de una verdadera conciencia crítica queda en evidencia al observar las políticas y corrientes de opinión y de acción “liberales” que muchos ginecólogos y obstetras en el

mundo han adoptado consuetudinariamente en temas como las esterilizaciones masivas, la planificación familiar, el aborto, el diagnóstico prenatal orientado hacia la detección y eliminación de los enfermos (eugenesia) y la aplicación de las tecnologías de reproducción asistida.

No debemos perder de vista el hecho de que las tendencias más difundidas por los medios de comunicación ante los portentosos avances técnicos de la medicina contemporánea en todas sus áreas, están encaminadas hacia la admiración irrestricta de los avances, no hacia la indagación filosófica o ética sobre el sentido, sobre el alcance de estos avances; en un mundo que precisamente tiene los puntos de referencia sobre el propio hombre - sujeto de la medicina - en una profundísima crisis. Podría decirse que de manera casi sistemática se evitan las consideraciones de orientación bioética y axiológica fundamentadas en visiones antropológicas con una apertura hacia el significado trascendente de la vida del hombre.

En ninguno de estos campos el aporte de material escrito al análisis ético por parte de los ginecólogos —con escasas y muy honrosas e importantes excepciones— ha sido diferente al de las recomendaciones de organizaciones como las OMS o las asociaciones “científicas” que defienden obstinadamente sus propios intereses políticos económicos, tecnológicos, farmacológicos, o simplemente, de búsqueda de fama y preeminencia publicitaria.

En muchas de las ocasiones la literatura elude de manera sistemática la discusión ética fundamentada en valores antropológicos o en concepciones diferentes a un utilitarismo pragmático y materialista. Subyace a muchas de estas tomas de opinión la influencia y la aceptación, sin mayor fundamentación lógica, de conceptos equívocos como el de “preembrión” y el de la “libertad sobre el cuerpo”, sofismas que contrastan con elaboraciones más humanas fundamentadas en la responsabilidad y en el respeto, a la vida humana. Opiniones como la de Chervenak [6] se notan sometidas a la influencia de una visión ecléctica, positivista y de orientación excluyentemente “laicista”: apoyándose en Engelhardt, defiende un “pluralismo” y una “ética obstétrica” fundamentada en una mal entendida autonomía de las embarazada.

Es también común que en la literatura de la proveniencia dicha, se limiten los análisis “éticos” a consideraciones de orden jurídico, que se limiten a la manera de evadir potenciales situaciones de responsabilidad civil o penal, o a lo sumo, a consideraciones de orden económico dentro de una atmósfera de criterios de costo - eficiencia o de “calidad” de vida.

Esta confusión deliberada de lo legal con lo ético quizás provenga de una conducta y tradición de cultura anglosajona que progresivamente se quisiera introducir en el pensamiento de tradición hispánica o mediterránea. Es un efecto de aculturación o falta de autenticidad presente en los países hispanoamericanos, los cuales parecieran querer continuar una dinámica de la técnica, un embelesamiento por lo técnico, olvidando realidades de orden histórico, humano, religioso, antropológico y cultural.

Deben destacarse la vigorosa crítica que algunos autores han elevado en relación con la dirección que han tomado las aplicaciones de los avances tecnológicos en el área de la medicina reproductiva. Jacques Testard, ginecólogo quien suspendió sus experimentos con congelación de embriones [7], ha advertido acerca de los peligros de la utilización del ser humano como mercancía y no como persona por parte de quienes aplican los conocimientos científicos. Por otra parte, Jerome Lejeune [8], gran autoridad científica en el campo de la genética, descubridor de la trisomía del cromosoma 21, a su vez manifiesta sus reservas sobre la consideración de la vida humana como un objeto de dominio y poder de la tecnología. Aunque los dos autores citados se refieren específicamente a los abismos morales planteados por las tecnologías aplicadas en medicina reproductiva de humanos, sus condiciones de orden antropológico trascienden esta área de la actividad clínica y afectan el campo global del “poder hacer”, de la medicina contemporánea, el tema de este ensayo.

De todos modos, las opiniones de los dos autores anteriormente citados contrastan con lo que se podría denominar una “atmósfera” global de la opinión médica y pública, en la cual prevalecen valores positivistas de la satisfacción de los “deseos” que la medicina con sus portentosos avances técnicos ha hecho posibles.

Cambios en el acto médico

Otros elementos de juicio se añaden a las consideraciones de orden general sobre el tema que nos ocupa: ha cambiado el “modus operandi” del acto médico. Son hechos históricos recientes, muy frescos en algunos países de América, las grandes reformas políticas y económicas en los sistemas de salud. Las recientes legislaciones han hecho aparecer la figura del intermediario en salud, el poderoso agente financiero que controla y regula la relación entre el médico y su enfermo.

El marco teórico que inspira las reglamentaciones de estas reformas concibe el fenómeno de la salud como un “negocio”: el enfermo es reducido a la condición de “usuario”, cuando no a la de “cliente”. El médico es “trabajador de la salud” o “agente sanitario”. La empresa intermediaria en la salud, dueña del manejo económico, habla de relaciones costo - eficiencia, reducción de gastos, mecanismos de auditoría, y protocolos basados en evidencias. En fin, el mercado “libre” de empresas que se disputan franjas de rendimiento financieros se ha introducido de manera aparentemente inevitable en la intimidad de cada uno de los actos médicos. Li señala [9] de manera resumida e inteligente la compleja situación del conflicto de intereses vivido por el médico con su papel de “gatekeeper”, defendiendo los intereses del dueño de la portería (el inversionista en salud) en contraposición al papel del “caregiver”, quien batalla por el bien de su paciente. En el tema de las cesáreas por “conveniencia” no puede dejarse de lado este efecto global de una atmósfera sociológico - política, en la cual nos desenvolvemos médicos y enfermos.

En contraposición a este panorama a veces desolador, persisten en la formación de la opinión voces cuyos planteamientos están sólidamente arraigados en las más auténticas y veraces fuentes humanistas de la tradición médica de la civilización occidental. Algunos se refieren a la “Alianza Terapéutica”, descripción del acto médico basado en veracidad y confianza auténticas, en la filantropía, en el valor real e ineludible del bien del paciente. El “*primun non nocere*” de la antigüedad cuya validez persiste, continúa teniendo vigencia en la relación clínica contemporánea. Se añade a lo anterior las reflexiones sobre ser y el que hacer de la medicina y de los médicos que se encuentran en

autores como Laín Entralgo y Ramón Córdoba Palacio [10]; para estos, la veracidad y la confianza mutua son hechos naturalmente presentes durante el acto médico.

En la literatura actual sobre bioética se destaca la corriente de pensamiento personalista. Para los efectos que se propone esta reflexión se deben señalar los puntos resumidamente expuestos por la autora María Tarasco Michel [11]: El personalismo propone como principios básicos la dignidad de la persona por su esencia y no sólo por su capacidad de ejercer la autonomía. El ejercicio de la libertad solamente tiene sentido y verdadera coherencia dentro de un racional marco de responsabilidad y solidaridad - subsidiariedad. La terapéutica está basada en la totalidad de la persona, en el valor de su corporeidad y de su propia vida física en primer lugar. El bien del paciente, en su totalidad, hace parte indisoluble del actuar médico. Tiene una poderosa lógica interna, dentro de este análisis personalista, el hecho de suponer entre el médico y su paciente el establecimiento de una relación veraz, honesta, y a la vez, la existencia de un respeto mutuo, compartido por las dos partes involucradas, hacia la rectitud de la conciencia y de la actuación del otro.

Este escrutinio racional y ético propuesto ante un acto médico específico (la operación cesárea) viene prontamente a bordear preguntas de una mayor envergadura como las contradicciones planteadas en términos generales por la tecnología y sus aplicaciones en campos más globales de la medicina. Es el cuestionamiento del “poder hacer” contra el “deber hacer”. No todo lo que se puede hacer en un momento determinado, se debe hacer. Precisamente, en muchas ocasiones lo que se “puede hacer” es lo que no se “debe hacer”. Si se pierde de vista esta fundamentación de la medicina - con orientación antropológica - entonces ella misma se desbordaría por precipicios que ya la humanidad conoce. No se puede dejar de tener presentes los planteamientos que surgieron del juicio de Nuremberg [12] a los científicos y médicos de un régimen totalitario.

Algunos aspectos clínicos

Abundan en la literatura médica de la especialidad los artículos en los cuales se manifiesta preocupa-

ción por la tendencia a la elevación de las tasas de cesárea en los países occidentales. Es grande el esfuerzo de los autores por encontrar un punto justo para las cifras de cesáreas. Se ha propuesto como objetivo (13) una tasa de cesáreas del aproximadamente el 15% para los Estados Unidos hacia el año 2000. Está claro en la literatura que la mejoría en las tasas de morbi - mortalidad perinatal dependen de factores globales de la calidad de la prestación de los servicios sanitarios, no de la proporción creciente de la cesárea.

En una referencia reciente [14] se destaca: «La cesárea es la operación mayor más comúnmente efectuada en los Estados Unidos; se realizan más de un millón anualmente». Las tasas de cesáreas se han incrementado dramáticamente en las dos últimas décadas, llegando a estabilizarse al finalizar los ochentas entre el 23% y 24%. Aunque este aumento se ha acompañado de una disminución en la mortalidad perinatal, aún está lejos de estar establecida una relación causa efecto entre estas variables. En otras poblaciones se ha observado similar reducción en las tasas de mortalidad perinatal sin el aumento en las tasas de cesáreas ocurrido en los Estados Unidos.

Para Goyert y col. [1] está claro que una de las variables más determinante en el número de partos atendidos por cesárea en una población urbana de Nueva York es simplemente la variabilidad individual entre los obstetras, sin que existan diferencias en los resultados neonatales.

Uno de los más eficaces y conocidos críticos de este aumento en las tasas de cesárea ha sido el irlandés K. O'Driscoll con su "manejo activo del trabajo de parto": la base de su metodología incluye una adecuada valoración clínica en el momento de la admisión de la paciente al servicio hospitalario de control y atención del parto (diagnóstico confiable de trabajo de parto verdadero), el manejo racional de la amniotomía y el refuerzo de la actividad uterina mediante el uso controlado de la infusión intravenosa de oxitocina. Los resultados del citado O'Driscoll en cuanto a tasas de cesáreas son de 11% (Dublín) contra cifras de 25% (USA) en poblaciones que no difieren en variables como peso al nacer, mortalidad perinatal o valoración de Apgar en el momento del nacimiento; además de tratarse de poblacio-

nes de madres sin diferencias anatómicas importantes. Demostró este autor que existen importantes variaciones subjetivas (entre los distintos obstetras) en cuanto al diagnóstico de "desproporción cefalopélvica" e «insuficiencia en la actividad contráctil del útero». También confirma la observación de que la disminución de la mortalidad perinatal se debe a factores diferentes a la simple elevación en las tasas de cesárea; pero compartiendo la preocupación por las situaciones epidemiológicas y clínicas planteadas por problemas como el antecedente de cicatriz uterina (cesárea previa) y la presentación podálica.

Otros elementos de complejidad

Los aspectos económicos que participan en la ejecución de las actuaciones médicas no pueden ser soslayados. En cada una de las situaciones de la relación médico-paciente vienen a jugar un papel las políticas de reembolsos de las compañías financieras que asumieron el papel de intermediario, todo dentro del marco jurídico impuesto para reglamentar el ejercicio de la medicina dentro de un ámbito de «la salud como negocio». Estas compañías en ocasiones han pactado con las instituciones y clínicas con las cuales "trabajan" para efectos de descuentos y tarifas diferenciales, dependiendo del flujo de pacientes, de los porcentajes de ocupación de sus recursos hospitalarios, camas, servicios quirúrgicos y de apoyo paramédico, etcétera. Es la prevalencia de los criterios económicos y de la mentalidad costo - eficiencia como orientador del papel de la intermediación en las compañías.

Aspectos legales

Amenazando la esencia del acto médico, por otra parte, se encuentra un elemento que irrumpe desde hace años en la intimidad de la relación paciente-médico. Es la "atmósfera" alrededor del acto médico en el sentido de que este se concibe como si fuese un contrato entre dos partes mutuamente desconfiadas. Un pesado ambiente de relación contractual viene a rodear el hecho de la consulta, y por supuesto, la realidad práctica de la obstetricia. Se sabe que en los últimos veinte años esta es una de las áreas de actividad médico - quirúrgica más

ensombrecidas en el aspecto de las demandas, por responsabilidades civiles y penales [15].

En este desafortunado ambiente se presentan circunstancias en las cuales los procesos de decisión pueden llenarse de vicios; existe tensión y alarma por los potenciales malos resultados que siempre acechan en la práctica de la obstetricia. Este ambiente de desconfianza explica que aquellos malos resultados sean vistos y explicados necesariamente como consecuencia de negligencia, impericia o incluso mala intención por parte del médico, ignorando realidades inherentes a los procesos fisiológicos y patológicos que acontecen durante la fase prenatal e intraparto. Se impone entonces la "medicina a la defensiva", el operar "para evitar problemas": se encarna en esta situación obstétrica el conocido comentario acerca de que nunca antes habían sido tan portentosas las herramientas de diagnóstico y terapéutica con las cuales cuenta actualmente la medicina, pero paradójicamente, nunca antes había sido tan grande la desconfianza que el paciente ha tenido ante la medicina. Surge aquí el médico como dispensador de servicios que son exigidos por su "cliente", quien a su vez los demanda con "garantía": se relajan los criterios obstétricos de la estrechez pélvica, se pasa por alto la observación de las fases de dilatación y descenso y se diagnostica ampliamente la "distocia", se realiza cesárea para "proteger" el piso de la pelvis por eventuales prolapsos, o por "potenciales" trastornos urinarios; por "beneficiar" al recién nacido, y otra larga lista de inexactitudes que no son más que el fruto de la dicotomía y el engaño que operan en una relación médico - paciente viciada por múltiples factores.

Dentro de un marco de interpretaciones subjetivistas sobre el tema de las cesáreas sin indicación, aparecen posturas de teóricos y de clínicos que se inclinan a la aceptación incondicional de los deseos de sus "clientes"; en sus argumentaciones generalmente existe una base del relativismo ético (una interpretación intencionalmente deformada del concepto "libertad") y un materialismo de orden pragmático y "contractualista" que se explica con lugares comunes como la afirmación "lo hago para que no me demanden", o bien; "una cesárea no se le niega a nadie". Esto no es más que el residuo equívoco de un paternalismo oportunista que bordea el cinismo.

La educación médica

Al realizar un análisis de la problemática presentada por la realidad de la cesárea sin indicación obstétrica, es imposible dejar de considerar lo relacionado con las deficiencias existentes a lo largo de los procesos de la educación médica, tanto en los niveles del pre-grado como en el post-grado. Si la educación ha sido orientada a lo largo de los años de estudios en los aspectos meramente técnicos del arte y oficio de la medicina, entonces enfrentamos la situación de tener un sistema educativo que está formando profesionales de las áreas de la salud con un nivel de eficiencia propio de institutos politécnicos pero no de instituciones universitarias de nivel superior.

Hay varios puntos en los cuales se podría intervenir en la formación tanto del pregrado como en el postgrado de los estudiantes del áreas de la ginecología y obstetricia; esto será posible cuando las instancias orientadoras de la educación médica practiquen un énfasis verdadero en la formación humanística de sus estudiantes, facilitando la adquisición de los elementos históricos, culturales y filosóficos básicos para un correcto enfoque ético y antropológico de las situaciones clínicas cotidianas. Se trata, en síntesis, de establecer la necesidad imperiosa de reforzar y fortalecer eficazmente los sistemas formativos en el áreas académica de la bioética clínica. Esta debería operar tanto desde los niveles iniciales del pregrado en los estudios médicos, como hacia el final de la carrera. Por supuesto, son necesarios simultáneamente sistemas educativos en el mismo tópico a lo largo de los programas de residencia o especialización, en los cuales al tiempo que se evalúan los casos clínicos que se presentan en la práctica diaria, se profundice en los elementos teóricos básicos para el análisis de la problemática bioética contemporánea. Se da por descontado que sólo es posible esta política con un equipo de profesores universitarios que compartan de manera íntegra y vivencial estas motivaciones.

Estas preocupaciones tienen particular importancia para aquellas universidades con vocación religiosa o confesional; omitirlas o dejar de considerar su significado profundo estaría precisamente en contra de su propia razón de ser como centros educativos de carácter superior. Se debe hacer

menCIÓN del esfuerzo que en este sentido se ha efectuado en centros como la facultad de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Colombia. Su programa de formación en Bioética durante años, y superando dificultades grandes, es ejemplo para otras instituciones.

Posibles vías de control al problema de la cesárea sin indicación

Pueden plantearse - al menos teóricamente - dos posibles vías de acciones concretas ante el problema de la cesárea sin indicación. Una de ellas es la vía "institucional", basada en los mecanismos de "peer review" propuestos por autores como Myers y Gleicher [16]. Una segunda "vía" tiene que ver con los factores "individuales", es decir, con las habilidades y actitudes de un médico eficiente en el aspecto "técnico" de su disciplina, pero que a la vez, tenga radical conciencia de la elaboración de un "recto criterio". El (o ella) debería encarnar los valores personales que son necesarios para llevar a la práctica del ejercicio de la profesión este "recto criterio", con las dificultades y tropiezos que suponen actitudes de autenticidad moral en la vida práctica.

La vía "institucional"

Esta vía ha sido propuesta por Myers y Gleicher en una referencia ampliamente tenida en cuenta en la literatura de la especialidad. Estos autores lograron una reducción de las tasas de cesáreas en una institución de Chicago del 17% hasta el 11% con la introducción de sus mecanismos de revisión, en un lapso de 24 meses. Vale la pena mencionar que estos resultados se podrían obtener en instituciones hospitalarias en las cuales el número de pacientes atendidas sea alto y el número y disponibilidad de médicos obstetras lo sea también. Se trata de una labor de equipo (*peer review*) que supone una infraestructura de atención materno - neonatal de alto nivel y unos óptimos grados de motivación y de comunicación entre los participantes. Las características de la propuesta de Myers pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Participación amplia del Staff.
2. Apoyo administrativo desde el alto nivel.

3. Procesos eficientes de auditoría de historias clínicas.
4. Solicitud de Segunda opinión con énfasis especial en la valoración de los siguientes casos:

- Distocia
- Cesárea Anterior
- Podálica

(Verificación de criterios clínicos de progreso en el trabajo de parto, consideración de prueba de trabajo de parto en mujeres que han tenido cesárea anterior, y atención de un mayor número de partos en podálica por vía vaginal).

Mediante políticas de introducción paulatina y reflexiva de estos mecanismos se podría afrontar el problema de las altas tasas de cesáreas en la medicina institucional. Se debe reconocer las limitaciones que obviamente existen en los sitios de ejercicio "privado" de la especialidad, práctica de todos modos decreciente bajo la actual modalidad del ejercicio de la medicina. A este elemento negativo hay que añadir las limitaciones éticas y logísticas que son también inherentes a los procesos de auditoría médica, en aspectos tales como la reserva debida a los registros médicos y las situaciones de conflictos de intereses presentes en el proceso de la atención obstétrica. Paul, (17) con similar orden de ideas, sostiene que mediante programas de "revisión por iguales" se alcanzaría a reducir en un 70% el número de cesáreas, especialmente en aquellas enfermas que han tenido el antecedente de una cesárea anterior; para este autor tiene gran importancia la reducción en el número de cesáreas primarias, la reducción crítica del diagnóstico de "distocia" y la aplicación de las pautas del manejo activo del trabajo de parto de acuerdo a O'Driscoll. Para Paul se podría obtener el objetivo de una tasa de cesáreas del 12% en los Estados Unidos; esto no es muy diferente de la meta del 15% mencionada en un editorial de la revista Lancet [13] en 1997.

La vía "individual"

Son varios los elementos para someter a consideración en esta segunda "vía" de aproximación al

problema. Vale la pena destacar, sin restar méritos al justo valor de la "primera vía" enunciada anteriormente, la "segunda vía" quizás sea la más importante. Se trata, en síntesis, de la aceptación del hecho moral como ineludible, como realidad conatural a cualquier proceso de decisión, hecho particularmente notable en la decisión clínica. Como puede parecer muy lógico, estos conceptos pueden hacer referencia y ser aplicables a dominios globales de la medicina, no sólo a una de sus especialidades, la obstetricia.

El valor fundamental de la vida humana desde su concepción hasta la muerte natural es el principio ético de orden antropológico que necesariamente antecede a la formación de los otros principios en Bioética. Es necesario mantenerlo siempre presente y en un primerísimo plano, pues sin su existencia real no pueden tener lugar los otros tradicionalmente considerados en las reflexiones bioéticas.

Si se acepta como una parte esencial del ejercicio de la profesión médica su vinculación natural con el aspecto humanístico, entonces se consideran ponderadamente las realidades éticas contenidas en los procesos de decisión y acción de cada acto médico. Para esto es necesario trascender, dar un rodeo al reduccionismo técnico con el cual quiere ser mirada la medicina desde el punto de vista materialista que pareciera prevalecer actualmente. Así son entonces posibles consideraciones de mayor envergadura, entre las cuales se pueden enumerar:

1. Principio de totalidad o principio terapéutico: para enfatizar la importancia de esta consideración nos podemos apoyar en el texto de Bioética de Elio Sgreccia [18]: "Es uno de los principios básicos que caracterizan a la ética médica. Se funda en el hecho de que la corporeidad humana es un todo unitario resultante de partes distintas, unificadas entre sí orgánica y jerárquicamente por la existencia única y personal..." "En el fondo, este principio rige toda la licitud y la obligatoriedad de la terapia médica y quirúrgica". Estos comentarios se hacen especialmente en relación al peligro del "enseñamiento terapéutico" en casos de enfermedades terminales. Pues bien, guardando las proporciones, y sin dejar de considerar el relativo bajo riesgo de los problemas quirúrgicos y anestésicos presentes en toda cesárea bajo las

condiciones tecnológicas actuales, no debe perderse de vista que estos riesgos continúan existiendo. La cesárea es un cirugía mayor, al tomarse la determinación de practicarla, es lícito que existan indicaciones que justifiquen el riesgo al cual de todos modos es sometida la paciente.

2. Principio de no maleficencia: Este hace relación a un hacer el bien de manera efectiva, evitando de manera activa lo que podría ser un potencial resultado negativo de la acción médico - terapéutica. Al respecto podemos señalar que este "mal" para una mujer previamente sana toma realidad al convertir su útero y pared abdominal en entidades anatómica e histológicamente diferentes a las de quienes no han sido intervenidas, con consecuencias bien conocidas en la práctica obstétrica y ginecológica: Adherencias peritoneales, cicatrices en segmento y cuerpo uterino, alteraciones anatómicas de la región del peritoneo vésico - uterino, con las implicaciones de dificultades adicionales en las técnicas quirúrgicas de eventuales futuras cirugías pélvicas, por vía abierta, vaginal o laparoscópica. No por elemental debe de dejarse de lado la formulación de la pregunta: es lícita éticamente una intervención quirúrgica sobre un órgano sano, perteneciente a un individuo sano, tratándose de situaciones diferentes a aquellas potencialmente planteadas en condiciones particulares de experimentación o de prevención?. Se suma a lo anterior la posibilidad de eventos concomitantes el acto anestésico, las medicaciones o las transfusiones sanguíneas. Caben también aquí las consideraciones acerca de posibles implicaciones de trastornos en los mecanismos de adaptación neonatal inmediata, especialmente desde el punto de vista respiratorio, de mayor frecuencia en los nacimientos por cesárea.
3. Principio de autonomía: La adecuada comprensión del principio de la Autonomía excede el simple argumento del respeto hacia la voluntad del paciente. Lo que se "puede" hacer, no necesariamente se "debe" hacer, aún con la solicitud expresamente manifiesta por el enfermo. Este es uno de los puntos más críticos y a la vez más descuidados en el análisis ético de los problemas planteados a la obstetricia. Cabrían aquí, entre otras, consideraciones equivalentes sobre el aborto, la eugenesia, la esterilización y la apli-

cación de las diversas tecnologías de reproducción asistida. En todas ellas se ha argumentado interativamente la cuestión de la “autonomía”, con un sentido de ejercicio de “derechos” que en algunas ocasiones es fuertemente beligerante y discutible bajo diversas orientaciones.

En la cultura contemporánea, “eficientista” y sometida a una poderosa presión de los medios publicitarios masivos, el individuo corriente puede tener la impresión de que lo que es técnicamente posible, es de manera simultánea, moralmente bueno. Mucho más, cuando esta posibilidad además está siendo una realidad con el progresivo aumento del poder de “compra” de servicios y de aplicaciones tecnológicas (mentalidad de “querer, poder y tener”). Si a lo anterior sumamos un ambiente en el cual el sujeto es “autónomo” y en aras a esta “libertad” llega hasta disponer de la vida de otros, tal como lo plantea la situación legislativa norteamericana (la mujer es “dueña” de su cuerpo, y el feto es un “agresor”), entonces viene a reducirse la función del médico a la de un simple ejecutor de las órdenes, deseos y pedidos de sus “clientes”, con quienes establece una dinámica de transacción comercial o contractual, en la cual una de las partes, el médico - técnico simplemente se compromete a hacer los que se estipule y por lo que se le reconocen estipendios. Esta es precisamente la situación que se está dando en lo pertinente a las tecnologías de la reproducción asistida.

4. Reflexión sobre los fines de la medicina: La ejecución de un procedimiento quirúrgico posible, factible, pero no justificado en una base realista del conocimiento del estado de arte de la obstetricia como especialidad, y fundamento de modo exclusivo en la permisividad a los deseos o solicitudes del “cliente” por parte del médico es un buen ejemplo de una situación límite en la cual vienen a surgir preguntas últimas acerca del alcance de los fines y naturaleza de la propia profesión médica. Esta pregunta - de contenido filosófico de verdadera envergadura - contiene a su vez la necesidad de planteamientos de entidad antropológica sobre las definiciones del hombre, la salud, el sentido y proyecciones de ésta, el sufrimiento y la enfermedad, el servicio, la filantropía y la orientación de las aplicaciones tecnológicas de la medicina contempo-

ránea. A este respecto, vale la pena destacar y compartir las preocupaciones de un pensador contemporáneo [19], Karl Jaspers; “...Cuál es la situación actual? Se escucha decir; cuanto mayor el conocimiento y la pericia científicos, cuanto más eficiente la aparatología para el diagnóstico y la terapia, más difícil resulta encontrar un buen médico, tan sólo un médico...” “.. El enfermo moderno, dicen, no desea en absoluto ser tratado en forma personal. Va a la clínica como una tienda, para ser atendido de la mejor manera por un aparato impersonal. Y el médico moderno actúa como colectivo a través del cual se asiste al enfermo sin que el facultativo se destaque en persona..” La gravedad de estas afirmaciones nos recuerda el sombrío y no muy lejano mundo impersonal y despótico concebido por Aldous Huxley en “Un mundo feliz”, o por quienes señalan el peligro presente ante la pérdida de la dimensión humana bajo las imposiciones colectivistas de los diversos sistemas de organización social de inspiración utilitarista y positivista.

5. Tradición Hipocrática: La referencia al Juramento Hipocrático es una realidad actual y vigente. El epígrafe que dio inicio a estas consideraciones recuerda el principio de la no maleficencia, la opción natural en el médico por el respeto de la vida, la correcta intervención terapéutica al existir razones para hacerlo, y en fin, la exaltación de los valores morales que rigen el acto médico en el sentido positivo del mejoramiento de la salud de sus pacientes [20].

Aunque el pragmatismo vigente en la época actual (medido objetivamente en términos como eficiencia en los procesos, análisis costo - beneficio, intervención del empresario en el que hacer médico, fluctuación de los ambientes jurídicos y normativos) quiere negar la vigencia de los postulados clásicos, es necesario alimentar y robustecer la exploración y fundamentación de los actos médicos en un ámbito de reflexión en el cual se encuentre presente la posibilidad de contemplar al ser humano como el protagonista de un proyecto existencial de carácter trascendente y por lo tanto, sujeto a la comprensión y ejecución responsable y ordenada de cada una de sus actuaciones, muy especialmente las relacionadas con la salud, bien éste que a su vez que le ha sido confiado en una

especie de condición fiduciaria. Este planteamiento tiene validez, no sólo para el paciente (sujeto activo en el acto médico), sino también para el propio médico, ser humano quien posee la aspiración lícita a la búsqueda de coherencia en la ejecución de los actos a los cuales el aprendizaje de su ciencia y arte le han permitido efectuar.

Si los actos médicos se ejecutan con razones lógicas, que sean coherentes con el estado de los conocimientos del arte y la ciencia de la medicina, entonces, está teniendo realidad y sentido pleno uno de los paradigmas heredados de la tradición griega; en medicina se actúa conociendo las razones por las cuales se actúa.

Referencias

1. **Goyert, G.L.; Bottoms, S.F.; Treadwell, M.C.; Nehra, P.C.** The physician factor in Cesarean Birth rates. *N Engl J Med* 1989; 320 :706-9.
2. Controversies in Management. Should doctors perform an elective cesarean section on request? *BMJ* 1998; 317:462-5.
3. When a woman asks for a cesarean section *BMJ* 1987; 294:201-202.
4. **Aron, D.C. et al.** Impact of risk-adjusting cesarean delivery rates when reporting hospital performance. *JAMA* 1998; 279:1968-1972.
5. **Jaramillo, E.L.** Tendencias de Cesárea y Fórceps. Hospital de Caldas, 1970-1994 *Rev Col Obstet Ginecol* 1995 (46):235-238.
6. **Chervenak, F.A.; McCullough, L.B.** Does obstetric ethics have any role in the obtetrician's response to the abortion controversy? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1425-9.
7. **Marcó Bach, F.J.** Fecundación in Vitro y manipulación de Embriones. *Medicina y Ética* 1993/2 p. 47-65.
8. **Lejeune, Jerome.** Qué es el embrión humano? Documentos del Instituto de Ciencias de la Familia. Universidad de Navarra. Ediciones RIALP. Madrid, 1993.
9. **Li, James T.C.** The Patient - Physician realtion a ship: Covenant or Contract? *Mayo Clin Proc* 1996;71:917-918.
10. **Córdoba Palacio, Ramón.** El ser y el quehacer del médico. *Anales de la Academia de Medicina de Medellín.* Vol 8 No. 3 1995:107-118.
11. **Tarasco Michel, Marta.** Tendencias y corrientes filosóficas en Bioética. *Medicina y Ética* 1994/3:335.
12. Nuremberg *BMJ* December 7 1996.
13. The Lancet. Editorial. What is the right number of cesarean sections? Vol 349 No. 9055 March 22. 1997 p. 815.
14. **Clarck, S.L.; Xu, W; Porter, T.F.; Love, De.** Institutional influence on the primary cesarean section rate in Utah. 1992 to 1995. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 841-5.
15. **Ward, Charles J.** Analysis of 500 obstetric and gynecologic malpractice calims: causes and prevention. *Am J Obstet Gynecol* 1991:165:298-306.
16. **Myers Stephen; Gleicher Norbert.** A successful program to lower cesarea section rates. *NEJM* 1998; 319:1511-6.
17. **Paul, R.H. Miller, D.A.** Cesarean Birth; How to reduce the rate. *AmJobstetGynecol* 1995:172:1903-11.
18. **Sgreccia, Elio.** Manual de Bioética, Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Universidad Anáhuac. Editorial Diana. México, 1996.
19. **Jaspers, Karl.** La medicina en la era tecnológica, Editorial Gedisa. Barcelona, 1988.
20. **Tratados Hipocráticos.** Alianza Editorial. El libro de Bol-sillo. Madrid, 1996.

Alcaloides pirrolizidínicos y enfermedad venooclusiva hepática

Rodrigo Angel Mejía, MD*, Azael Mesa M.**, Darío Sánchez S.***

Resumen. Los alcaloides pirrolizidínicos son fitotoxinas presentes en plantas de las familias Asteraceae, Fabaceae y Boraginaceae. Sus efectos tóxicos se observan principalmente en el hígado, tanto de animales como de humanos, en el cual producen necrosis centrolobulillar e hipertensión portal de tipo sinusoidal, cambios que pueden llevar a falla hepática aguda o crónica y a la muerte. El síndrome de Budd-Chiari hoy es atribuido a estas hepatotoxinas. Además pueden causar daños en pulmones, riñones y sistema nervioso. En animales de experimentación se ha demostrado su efecto mutagénico, teratogénico y carcinogénico. Hasta el presente el tratamiento es únicamente sintomático.

Palabras clave: alcaloides pirrolizidínicos, necrosis centrolobulillar, hipertensión portal, mutágeno, teratogénico, carcinogénico.

Summary: Pyrrolizidine alkaloids are fitotoxins present in plants of the Asteraceae, Fabaceae and Boraginaceae families. Their toxic actions are observed mainly in the liver of animals and humans, where they produce centrolobular necrosis and sinusoidal portal hypertension, changes that can lead to acute or chronic failure of the liver and death. The Budd-Chiari syndrome today is attributed to these liver toxins. Furthermore, they can cause damage in lungs, kidneys and nervous system. In animal experiments its mutagenic and carcinogenic effect has been demonstrated. Today, the cure is solely symptomatic.

Key words: pyrrolizidine alkaloids, centrolobular necrosis, portal hypertension, mutagen, teratogen, carcinogen.

Alcaloide es un compuesto orgánico, nitrogenado y alcalino, con efectos fisiológicos importantes en animales y en el hombre.

Todos son de origen vegetal, excepto algunos pocos pero a la vez muy tóxicos, de origen en anfibios como la batracotoxina.

Los alcaloides pirrolizidínicos o APZs, son fitotoxinas o xenobióticos, sintetizados por las plantas como compuestos que no son esenciales para la producción de energía, y cuyo papel puede ser entendido como un mecanismo de defensa en sus interacciones con otras plantas, herbívoros o parásitos.

Se conocen más de 250 alcaloides pirrolizidínicos diferentes, aislados y caracterizados químicamente, en cerca de 330 especies de plantas, agrupadas en 60 géneros y en 3 familias principales. Dichas familias son: *Asteraceae* (*Compositae*), *Fabaceae* (*Leguminosae*) y *Boraginaceae*.

En la familia *Asteraceae*, el género *Senecio* es el más numeroso, con cerca de 1.500 especies y más de 100 de ellas contienen alcaloides pirrolizidínicos

* Médico internista toxínólogo. Clínica Medellín. Medellín, Colombia.

** Químico. Profesor de química orgánica de la Universidad Nacional de Colombia. Seccional Medellín. Medellín, Colombia.

*** Botánico. Director del Herbario de la Universidad Nacional de Colombia. Seccional Medellín. Medellín, Colombia.

[1]. En Colombia el más conocido es *Senecio formosus*, cuyo nombre vulgar es arnica, es planta de los páramos y utilizada en medicina herbolaria como antiinflamatorio [2]. En Antioquía se conocen 5 especies más: *S vacciniodes*, *S antioquensis*, *S pungens*, *S ledifolius* y *S lehmani* [3].

En Norteamérica, *Senecio jacobea*, introducida en Europa, es importante por su amplia presencia en las costas del Atlántico y del Pacífico y culpable de pérdidas en ganadería por su contenido en APZs [4].

En México, *Senecio candidissimus*, es utilizado como planta medicinal en trastornos renales y también como antiséptica. Por su contenido de APZs ofrece un potencial riesgo de hepatotoxicidad para sus consumidores [5].

En Perú existe *Senecio tephrosoides* utilizada en la preparación de «Huamanripa» una medicina herbolaria de ese país que ha sido culpable de enfermedad venooclusiva hepática en humanos [6].

Los alcaloides pirrolizidínicos más importantes de éste genero son: senecionina, senecifilina, retrorsina, senkirkina, jaconina y jacobina. Otros géneros de esta familia como *Eupatorium* y *Tussilago*, también contienen APZs [7].



Arnica

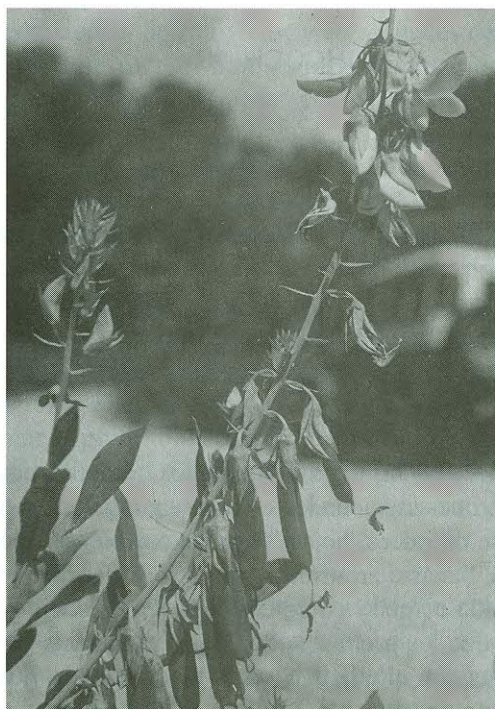
En la familia *Fabaceae*, el género más importante es *Crotalaria*, también de amplia distribución en el mundo y del cual en Colombia han sido descritas 19 especies diferentes. Entre las más conocidas figuran: *Crotalaria spectabilis*, *C pallida*, *C retusa*, *C juncea*, *C verrucosa*. Los nombres populares más comunes son: cascabelito, pajarito, chilinchin, guachecito, campana amarilla y chochito. El alcaloide pirrolizidinico más importante de este género es monocrotalina [8, 9].

En la familia *Boraginaceae*, son importantes los géneros *Heliotropium*, *Symphytum*, *Borago*, *Cordia*, *Tournefortia* y *Cynoglossum*. El genero *Heliotropium* crece bien en áreas secas y áridas y es de distribución mundial. *Heliotropium popovii*, fue involucrado en una gran epidemia de enfermedad venooclusiva hepática ocurrida en Afganistán en 1974 [10-13].

En Colombia, *Heliotropium indicum* y *Heliotropium angiospermum* son de amplia distribución en el país y se conocen con el nombre vulgar de alacrán o rabo de alacrán. *Heliotropium peruvianum*, nombre vulgar «Heliotropo» se conoce en Bogotá como hierba de uso ornamental. El alcaloide pirrolizidinico más importante de este género es heliotrina.

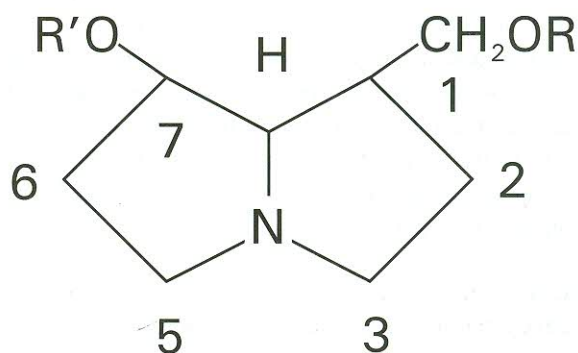
Symphytum officinalis, conocido ampliamente con el nombre de comfrey o consuelda, es planta foránea introducida de Europa como forraje para animales domésticos. Su cultivo se ha intensificado con fines comerciales en muchos países como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, Japón y también en Colombia. Tanto las infusiones de las hojas como las de las raíces, gozan de gran popularidad y consumo incluso en países industrializados. También es costumbre comer la hoja fresca como ensalada, y además, los extractos en polvo en forma de cápsulas o tabletas que se venden sin control en las tiendas «naturistas». Los principales alcaloides pirrolizidínicos de esta hierba son: sinfitina, intermedina, licopsamina, lasiocarpina y heliotridina [14].

Borago officinalis, nombre vulgar borraja, es planta de la medicina herbolaria que ha sido eliminada del listado básico de plantas de uso medicinal en Colombia, por su potencial riesgo hepatotóxico debido a su contenido en alcaloides pirrolizidínicos.

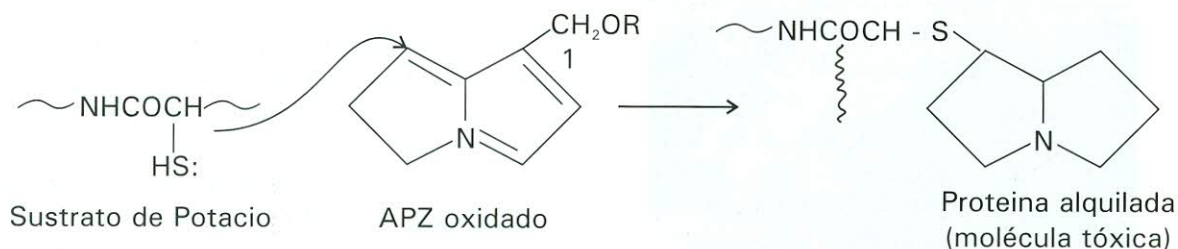
**Cascabelito****Comfrey**

Toxicidad

¿Qué son los alcaloides pirrolizidínicos químicamente hablando? Son compuestos derivados de la pirrolizidina, compuestos que a su vez están formados por un sistema bicíclico, en el cual los dos anillos comparten un átomo de nitrógeno en la posición 4. Los APZs son ésteres de ácidos monocarboxílicos (o dicarboxílicos de mayor toxicidad) y de aminoalcoholes, caracterizados por tener la siguiente fórmula estructural general:



Los alcaloides pirrolizidínicos no son tóxicos per se. Los requisitos estructurales bioquímicos para que un APZs sea tóxico es que tenga una insaturación (presencia de enlace doble carbono-carbono) entre los carbonos 1 y 2, un átomo de hidrógeno en posición 8, y un buen grupo saliente en posición 7. Todos estos hechos estructurales ocurren dentro del hepatocito, al ser biotransformados por dehidrogenación, N-oxidación e hidrólisis, por el sistema enzimático microsomal P450, que convierte al APZ en un derivado pirrolizidínico, que es un potente electrófilo y actúa como agente alquilante de proteínas necesarias para el metabolismo celular, por medio de la formación de un enlace covalente muy estable entre el átomo de azufre del aminoácido cisteína de dichas proteínas y el carbono número 7 del APZ. Además los APZs oxidados en el hígado son agentes alquilantes también, y con mayor velocidad de reacción, de cisteína sólo o de glutatión solo [7, 15,-19].



Epidemiología

Los seres humanos siempre han estado expuestos a envenenamientos accidentales al consumir como alimento ciertas plantas ó sus productos que contienen alcaloides. También, a través de los tiempos, la humanidad ha utilizado diversos alcaloides como venenos con fines homicidas ó suicidas, como medicinas y como drogas psicoactivas. Ejemplo de ello son entre otros: Estricnina, aconitina, morfina, atropina, cocaína, colchicina, quinina, escopolamina, amatoxinas, psilocibina y muscarina.

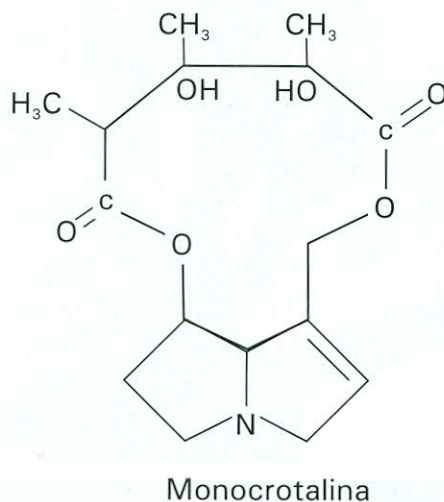
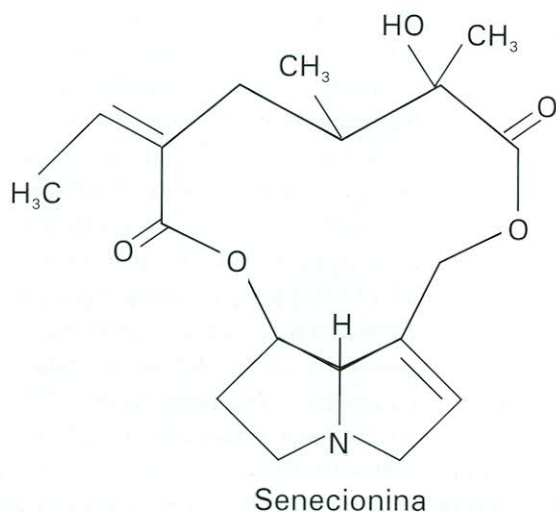
Los alcaloides pirrolizidínicos son culpables de envenenamientos accidentales que en forma aguda o crónica, de epidemias, endemias ó casos aislados, ocurren tanto en animales domésticos como en humanos. Se sabe de epidemias como la ocurrida en Afganistán en 1974, por el consumo colectivo de pan hecho de trigo contaminado con semillas de *Heliotropium popovii*, y otra en la India en

1975, por el consumo de cereales contaminados con semillas de *Crotalaria sp.*

Los casos aislados en humanos aparecen cuando con fines medicinales se ingieren infusiones o té a base de raíces, hojas, semillas ó cortezas de hierbas, lianas ó arbustos o aún las mismas hojas frescas de comfrey como ensalada. Es creencia popular que los productos derivados de plantas y rotulados con el adjetivo «natural» son más eficaces, seguros, saludables y desprovistos de efectos adversos, pero el uso histórico por sí mismo no confiere seguridad, y realmente dichos productos pueden tener un mayor riesgo de toxicidad que los quimioterápicos de síntesis.

Mecanismo de acción

A pesar de la similitud en la estructura, los APZs muestran notorias diferencias en su toxicidad tanto cualitativa como cuantitativamente.



Los APZs pueden ser hepatotóxicos, neumotóxicos, neurotóxicos y nefrotóxicos, y en animales de experimentación se han comprobado efectos mutagénicos, teratogénicos y carcinogénicos.

En el hígado, después de haber sido bioactivados y metabolizados, los APZs se convierten en dehidroalcaloides o metabolitos pirrolicos, los cuales pueden seguir cuatro vías metabólicas principales: hidrólisis a 6,7-dihidro-7-hidroxil-1-hidroximetil-5H-pirrolizina (DHP), alquilación de macromoléculas celulares, liberación hacia la circulación o conjugación con glutathione (GSH) para formar 7-glutathionil-6,7-dihidro-1-hidroximetil-5H-pirrolizina (GSDHP). DHP y GSDHP son de menor toxicidad y representan el mecanismo de detoxificación hepática [20].

La cantidad de APZs ingerida, el consumo por largos periodos y la desnutrición asociada, son factores fundamentales para la producción y la gravedad de envenenamientos agudos o crónicos.

Los alcaloides pirrolizidínicos hepatotóxicos, provenientes de los géneros *Senecio*, *Crotalaria* y *Symphytum*, producen engrosamiento de la íntima y luego estenosis de las pequeñas ramas de la vena porta, lo cual conduce a necrosis hemorrágica centrolobulillar e hipertensión portal [2].

Monocrotalina, el alcaloide presente en plantas del género *Crotalaria*, además de hepatotóxico es neumotóxico y puede producir lesiones pulmonares caracterizadas por vasculitis proliferativa que conduce a hipertensión pulmonar y a *cor pulmonale* crónico [21, 22].

Se sabe además que los APZs provenientes de plantas de los géneros *Senecio* y *Crotalaria* pueden eliminarse a través de la leche materna de los animales domésticos y causar daños de tipo teratogénico a sus crías. También es aceptado que la miel de abejas puede, de acuerdo con su procedencia, contener cantidades pequeñas de APZs [23].

Sintomatología

El comienzo puede ser insidioso y los síntomas iniciales incluyen anorexia, lasitud, sensación de peso en el abdomen superior y pérdida de peso. Posteriormente aparece distensión abdominal y

emaciación, circulación venosa colateral, ascitis y edema de miembros inferiores, signos que expresan hipertensión portal que es de tipo sinusoidal. Dicha sintomatología configura un síndrome de Budd-Chiari, entidad que hoy se acepta es producida por APZs. Los casos avanzados casi siempre son fatales, y la muerte, por falla hepática puede ocurrir de 3 a 9 meses después de iniciada la distensión abdominal. La primera vez que en Colombia se habló de intoxicación por la ingestión de extractos de plantas hepatotóxicas (*Senecio*), fue en 1968, cuando Vélez M y colaboradores, presentaron una serie de 9 pacientes con hipertensión portal y ascitis, quienes semanas antes habían ingerido infusiones de arnica y cascabelitos (*Senecio sp* y *Crotalaria sp*), y todos fallecieron en corto plazo. Posteriormente en 1978, Argüello y colaboradores, demostraron en una serie de 16 pacientes, la presencia de hipertensión portal y ascitis. Estos pacientes habían ingerido infusiones de arnica (*Senecio sp*) semanas antes, para tratamiento de diversos trastornos. La mortalidad fue del 81% [2, 24].

En relación con la ingestión de comfrey (*Symphytum officinalis*), se conocen casos aislados fatales en pacientes que desarrollaron hipertensión portal y ascitis después de haber ingerido 4 a 5 hojas frescas por día durante el corto período de 2 semanas [14]. El comfrey es hepatotóxico y causa en humanos enfermedad venooclusiva hepática. Además, experimentalmente en ratas, se ha demostrado su poder carcinogénico (cáncer hepático). No obstante, el comfrey es aconsejado por parte de herbolarios para la consolidación de fracturas y cicatrización de úlceras, artritis, gastritis, hipertensión arterial, anemia, etc.

Histopatología

Las alteraciones histopatológicas más características del hígado son las siguientes: edema y engrosamiento subintimal y estenosis parcial o total de las vénulas centrolobulillares y necrosis hemorrágica centrolobulillar. Aproximadamente en el 50% de los casos pueden observarse engrosamiento de los canalículos biliares. Los cambios ultraestructurales se aprecian en el retículo endoplásmico y en las mitocondrias [2].

Diagnóstico

La anamnesis suministra información valiosa relacionada con el consumo previo de hierbas ó mezcla de ellas, en forma de infusiones, hojas frescas o extractos. La sintomatología orienta hacia un síndrome de hipertensión portal. Exámenes complementarios como las pruebas hepáticas, la esofagoscopia que demuestra la presencia de várices esofágicas, la laparoscopia y la biopsia de hígado selectiva, la medición de la presión de la vena porta, la medición del flujo de la ácigos y la ultrasonografía, son métodos que contribuyen a establecer el aumento de la presión venosa en el sistema porta. Los hallazgos característicos de la biopsia hepática confirman el diagnóstico.

Tratamiento

Suspender la ingestión del tóxico y establecer medidas de soporte general y de orden sintomático. Desde el punto de vista experimental, se ha comprobado el efecto protector de la cisteína, sobre los fetos de ratas expuestas a los efectos tóxicos de monocrotalina [25]. Y también, experimentalmente se conoce el efecto protector de la glycyrrhizina sobre la hepatotoxicidad en ratas, inducida por retrorsina [26].

Recomendaciones

Toda planta que contenga sustancias tóxicas que potencialmente pueda alterar la salud del ser humano, debe ser proscrita y deben ponerse en practica las medidas preventivas para evitar su consumo. Estas medidas están consagradas en el Decreto 677 de abril de 1995 del Ministerio de Salud que a la letra dice: «Por el cual se reglamenta parcialmente el régimen de registros y licencias, el control de calidad, así como el régimen de vigilancia sanitaria de medicamentos, cosméticos y preparaciones farmacéuticas a base de recursos naturales. Y en el capítulo II, artículo 32, del Registro Sanitario, dice: «Las preparaciones farmacéuticas elaboradas a base de recursos naturales requieren para su producción, importación, envase y comercialización, de registro sanitario expedido por el INVIMA ó su autoridad delegada, de acuerdo con las normas establecidas en este decreto. La aprobación por el INVIMA debe apo-

yarse en concepto previo de la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos».

Bibliografía

1. **Sinden Stephen, Dehal Kenneth.** Pyrrolizidine Alkaloids in Herbs and Herbal Medicine. In: Hui YH, Gorham J, Richard, Murrell KD, Cliver Dean O. (eds). Foodborne Diseases Handbook. Vol 3, New York, Marcel Dekker Inc; 1994: 227-259.
2. **Argüello M, Toro G, Ospina E, Muñoz C.** Efectos adversos de la planta *Senecio formosus* (arnica) en el hígado humano y en el animal de experimentación (EVOH). Acta Médica Colombiana 1978; 3: 139-167.
3. **Espinal Luis Sigifredo.** Catálogo de las especies herbáceas y arbustivas recolectadas en el Departamento de Antioquia. Universidad Nacional de Colombia. Seccional Medellín. Facultad de Ciencias. Centro de publicaciones Universidad Nacional. Publicación especial; 1985.
4. **Turner Nancy, Szczawinski Adam.** Poisonous plants of wild areas. In: Common Poisonous Plants and Mushrooms of North America. Portland Oregon, Timber Press Inc; 1991: 133-136.
5. **Bah M, Bye R, Pereda-Miranda R.** Hepatotoxic pyrrolizidine alkaloids in the Mexican medicinal plant *Packera candidissima* (Asteracea, Senecioninae). Journal of Ethnopharmacology. 1994; 43: 19-30.
6. **Tomiooka M, et al.** Hepatic veno-occlusive disease associated with ingestion of *Senecio tephrosiodes*. Revista de Gastroenterología del Perú. 1995; 15: 299-302.
7. **Bruneton Jean.** Alkaloids pyrrolizidínicos. Pharmacognosie Phytochimie Plantes Médicinales. 2th Edition. París, Technique et Documentation-Lavoisier; 1993: 675-685.
8. **Bernal Henry Y.** Crotalaria en Flora de Colombia. Instituto de Ciencias Naturales Museo de Historia Natural. Facultad de Ciencias. Imprenta Nacional de Colombia; 1986.
9. **Arzt Jonathan, Mount Michael E.** Hepatotoxicity Associated with Pyrrolizidine Alkaloid (*Crotalaria* spp) Ingestion in a Horse on Easter Island. Vet Human Toxicol 1999; 41: 96-99.
10. **Mohabbat Omar, et al.** An outbreak of Hepatic Venooclusive Disease in North Western Afganistan. Lancet 1976; 7: 269-271.
11. **Tandom HD, Tandom BN, Mattocks AR.** An epidemic of Venooclusive Disease of the liver in Afganistan. American Journal Gastroenterology 1978; 70: 607-613.
12. **Chauvin P, Dillon JC, Moren A.** An outbreak of *Heliophoe* food poisoning. Tadjikistan 1994; 4: 263-268.
13. **Datta DV, et al.** Herbal Medicines and Venooclusive Disease in India. Post-Graduate Medical Journal 1978; 54: 511-515.
14. **Yeong Mee Ling, et al.** Case report Hepatic Venooclusive Disease Associated with Comfrey Ingestion. Journal of Gastroenterology and Hepatology 1990; 5: 211-214.
15. **Miranda CL, et al.** Role of Cytochrome P450 IIIA4 in the metabolism of the pyrrolizidine alkaloid senecionine in human liver. Carcinogenesis 1991; 12: 515-519.

16. **Cooper RA, Huxtable RJ.** A simple procedure for determining the aqueous half-lives of pyrrolic metabolites of pyrrolizidine alkaloids. *Toxicon* 1996; 34: 604-607.
17. **Mattocks AR, Jukes R, Brown J.** Simple procedures for preparing putative toxic metabolites of pyrrolizidine alkaloids. *Toxicon* 1989; 27: 561-567.
18. **Segall HJ, et al.** The identification, metabolism and toxicity associated with the macrocyclic pyrrolizidine alkaloids. In: Ownby Charlotte, Odell George (eds). *Natural Toxins. Characterization, Pharmacology and Therapeutics*. Oklahoma: Pergamon Press; 1988: 30-40.
19. **Vollmer John, et al.** Pyrrolizidine Alkaloids: Testing for toxic constituents of Comfrey. *Journal of Chemical Education* 1987; 64: 1027-1029.
20. **Yan CC, Huxtable RJ.** The effect of the pyrrolizidine alkaloids monocrotaline and trichodesmine on tissue pyrrole binding and glutathione metabolism in the rat. *Toxicon* 1995; 33: 627-634.
21. **Shubat PJ.** Pulmonary Vascular Responses induced by the pyrrolizidine alkaloid monocrotaline in rats. *Toxicon* 1987; 25: 995-1002.
22. **Shegall Wilson DW.** Mechanism and pathology of monocrotaline pulmonary toxicity (Review). *Critical Reviews in Toxicology* 1992; 22: 307-325.
23. **Panter KE.** Natural plant toxicants in milk: a review. *Journal of Animal Sciences* 1990; 68: 892-904.
24. **Vélez Mario, Toro Gabriel, Amaya Luis, Llorente Max, Cadena Dario, Restrepo Carlos.** Enfermedad Venooclusiva del Hígado. *Tribuna Médica* 1968; 7: 1-13.
25. **Soto-Blanco B, Medeiros RM, Lanzuni L, Górniak SL.** ¿Does cystein protect the embryofetotoxic effect of monocrotaline? 6th Panamerican Congress on animal, plant and microbial toxins. Margarita Island, Venezuela. 1998; 107.
26. **Lin Ge, Nnane Ivo P, Cheng Tin-Yan.** The effects of pretreatment with glycyrrhizin and glycyrrhetinic acid on the retrorsine-induced hepatotoxicity in rats. *Toxicon* 1999; 37: 1259-1270.