

ANALES de la ACADEMIA

DE MEDICINA DE MEDELLIN



EPOCA V. VOL. VI. No. 2 JUNIO 1993

LICENCIA No. 5129 DEL MINISTERIO DE GOBIERNO
TARIFA POSTAL REDUCIDA No. 496 DE ADPOSTAL - A.A. 52278 MEDELLIN - COLOMBIA

Contenido

ANALES de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

EPOCA V. VOL. VI. No. 2 - JUNIO DE 1993

Director: Dr. Fernando Gartner Posada, Presidente
de la Academia de Medicina de Medellín

Editor académico: Dr. Ramón Córdoba Palacio

Gerente administradora: Dra. Astrid Elena Montoya Restrepo

Comité de redacción: Dra. Angela Restrepo Moreno

Dr. Alfredo Naranjo Villegas

Dr. Mario Robledo Villegas

Dr. Fernando Gartner Posada

Artes finales: ediciones ROJO

Impresión: Drupa Editores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Es el órgano de expresión de esta centenaria institución y tiene como objetivos primordiales la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado e impulsado desde su origen la medicina hipocrática. Se propone, además, la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan ser enaltecidas como ejemplo a las generaciones médicas.

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN se publica con el patrocinio, especialmente del Fondo CEM y FES, y de las siguientes empresas:

ALMACENES EXITO S.A.

CADENALCO S.A.

CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN

COMPAÑIA NACIONAL DE CHOCOLATES S.A.

COMPAÑIA PINTUCO S.A.

COMPAÑIA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.

CORPORACION NACIONAL DE AHORRO Y VIVIENDA - CONAVI -

ENKA DE COLOMBIA S.A.

CORFINSURA

Contenido



A nuestros colaboradores	52
Editorial: La especialización médica	53
Dr. Fernando Gartner P.	
Pletismografía venosa cuantitativa funcional	55
Dr. Norman Diego Pizano R.	
Expresiones del lenguaje que se escuchan con más frecuencia en la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos (segunda parte)	67
Dr. Tiberio Alvarez Echeverri	
Dra. Beatriz Eugenia Meneses	
Dra. María Elena Echeverri Delgado	
Dr. José Manuel Barrios Suárez	
El nuevo Código de Procedimiento Penal y las actuaciones médicas	75
Dr. César Augusto Giraldo G.	
Vigencia de la Ley de Etica Médica	83
Dr. Ramón Córdoba Palacio	
Vida de la Academia	91
Remembranzas:	
Rafael Villegas Arango	93
Dr. Alfredo Naranjo Villegas	
Declaración	95
Dr. Fernando Gartner Posada	
Dr. Carlos Lerma Agudelo	
Colecistectomía videolaparoscópica	96
Dr. Juan Manuel Sierra J.	
Genoma humano y cáncer	97
Dr. Luis Rodolfo Gómez	

A nuestros colaboradores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN es el órgano de expresión de esta Academia y tiene como objetivo primordial la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado desde sus orígenes la medicina hipocrática, además la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan enaltecerse.

Todos los artículos enviados para ser publicados en Anales serán sometidos al estudio del Comité Editorial que debe dar su aprobación a los mismos, de acuerdo con su calidad. La publicación de aquellos no implica que la Academia de Medicina de Medellín, el Director de la revista o sus Editores sean responsables de las opiniones expresadas en ellos. La responsabilidad es, siempre, del respectivo autor o autores.

Las colaboraciones pueden ser: artículos originales, presentación de casos, descripción de métodos diagnósticos, notas terapéuticas, revisión actualizada de temas, trabajos sobre historia de la medicina, estudios sobre ética o deontología médica y, por último, cartas al Editor.

Los trabajos, con la ordenación aceptada internacionalmente, deben enviarse en original y dos copias, escritos a máquina a doble espacio, por un solo lado. Las citas o referencias bibliográficas deben ceñirse a las siguientes normas: a) deben señalarse en el texto con números arábigos en orden consecutivo, según la primera aparición; b) al final del artículo, bajo el subtítulo Referencias Bibliográficas, se hará la relación así:

1° Se conservará el orden de aparición en el texto.

2° Las citas de libros y de revistas deben hacerse de acuerdo con las indicaciones del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). Las fotografías, gráficas, ilustraciones, etc., deben señalarse con números arábigos; los cuadros o tablas deben tener numeración diferente a las anteriores y también en cifras arábigas.

Los trabajos deben acompañarse de un resumen en español, no mayor de 150 palabras, y de su respectiva traducción al inglés, con el título Summary. Al final del Resumen y del Summary deben colocarse las Palabras clave y las Key words que indiquen los temas en los cuales puede indizarse el artículo.

Las colaboraciones deben enviarse a la siguiente dirección:

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Apartado Aéreo 52278
Medellín - Colombia (S.A.)

Editorial

La especialización médica

Es un hecho innegable que nuestro ya casi agónico siglo XX puede ser considerado como el segundo siglo de las luces, e indudablemente el primero si nos referimos a lo que es el florecimiento de las ciencias. La humanidad ha sabido siempre derivar provecho de las grandes crisis. Y es así como de la gran hecatombe que constituyó la Segunda Guerra Mundial de 1939-1945, sobrevino un impresionante progreso de todas las ciencias: físicas, químicas, biológicas, etc., y, como lógica consecuencia, de todas las tecnologías.

La medicina como todas las profesiones y actividades del ser humano, ha recibido y tratado de asimilar estos progresos. Como ciencia, ha logrado alcanzar avances increíbles; pensemos solamente en lo que es la expectativa de vida hoy, en comparación con lo que era hace 50 años; pensemos en los trasplantes de órganos; pensemos en la cirugía de revascularización coronaria; pensemos en la Tomografía Axial Computarizada y en la Resonancia Nuclear Magnética; pensemos en los anticuerpos monoclonales, en la manipulación y traslocación de genes; pensemos en todo esto, y tendremos que concluir en que lo que hace escasos 50 años era ciencia-ficción es hoy ciencia real, aplicada.

Es prácticamente imposible que un médico logre asimilar y aplicar en el ejercicio de su ministerio tal avalancha de logros de la ciencia. Es por ello por lo que la especialización, la dedicación exclusiva al conocimiento de una parte de la economía humana, se ha impuesto como una necesidad en el quehacer médico.

¿Pero, a qué costo? Decíamos atrás que la medicina, como ciencia, ha logrado avances increíbles. Pero es que la medicina no es sólo ciencia: es además arte. En efecto, la medicina, como arte, comprende aquellos aspectos de la actividad profesional que no son mensurables, como la capacidad de captar y de responder a las emociones del paciente. En una publicación médica reciente, un patólogo de la Escuela de Medicina de Harvard, el Dr. Frank A. Greco, dice: "Las demandas impuestas a un médico que debe consolar a la familia de un paciente moribundo, son similares a las de un actor de teatro que trata de guiar a su auditorio a través de una tragedia, sin destruir su esperanza".

Situémosnos por un momento en el papel de pacientes. ¿Qué esperamos del médico? ¿Qué podemos y debemos exigirle? ¿Que recurra a todo aquello que la ciencia ofrece, sin consideración a costos, sufrimientos, angustias, a fin de prolongar, sea como sea, nuestra existencia amenazada por la enfermedad?, ¿o, por el contrario, que renuncie a la utilización de aquellos recursos, y concentre sus esfuerzos en disminuir nuestro sufrimiento y el de nuestros familiares?

Ni lo uno ni lo otro. El médico ideal, en mi concepto, es aquel que tiene unos sólidos conocimientos científicos, que le permiten llegar a la formulación y confirmación de un diagnóstico, conocer las causas de la enfermedad y atacarlas para lograr la recuperación de aquel estado de equilibrio psico-biológico y social que hemos dado en denominar salud. Es aquel que sabe cuándo, por qué y para qué debe asesorarse de un especialista sin que esto signifique elusión de su responsabilidad frente a su paciente. Es aquél que conoce a su enfermo y lo reconoce como un ser humano igual a él mismo, lo comprende y entiende de qué manera la enfermedad lo afecta y afecta también a todo su entorno. Es aquél que sabe agradecer y valorar la confianza que el enfermo ha depositado en él, y sabe corresponder a esa confianza brindándole todos sus esfuerzos, toda su inteligencia y sobre todo, toda su franqueza al reconocer sus propias limitaciones, al expresar sus dudas y también sus certezas. Es aquél, en fin, capaz de brindar al paciente y a sus familiares las necesarias palabras de aliento, de consuelo, de resignación ante lo inevitable.

El médico ideal es, pues, un científico y un actor. Como científico, debe estudiar permanentemente, estar enterado de cuanto los investigadores producen a todo momento y en todo el mundo; debe saber sopesar muy bien la relación riesgo-cost-beneficio al aplicar esos conocimientos al tratamiento de sus pacientes, teniendo siempre como base de su actuación el antiguo y sabio precepto de *Primum non Nocere*: Por sobre todo, no hacer daño. Como actor, debe ser humano, hablar el lenguaje de sus pacientes, hacerse comprender, amar, respetar y obedecer, asumir su propio papel en el desarrollo del drama que, para el paciente, para sus familiares, para sus amigos, para sus compañeros de trabajo, significa la enfermedad.

Es tiempo ya de que cuestionemos la definición del término SALUD adoptado por la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". En efecto, en nuestro mundo actual es punto menos que imposible lograr este estado. Diríamos mejor que salud es el estado del ser humano que le permite sobrevivir y actuar en un ambiente hostil. Si podemos vivir, trabajar, recrearnos, descansar, ayudar a los demás y cumplir nuestras metas diarias, eso significa que estamos sanos.

Arte y ciencia. Ni ciencia sola, porque deshumaniza, porque convierte al enfermo en un conejo de laboratorio. Ni arte solo, porque priva al enfermo de la oportunidad de aprovechar adecuadamente los invaluable beneficios de la ciencia y lo convierte en una víctima de la charlatanería, de la brujería.

FERNANDO GARTNER POSADA, M.D.

Pletismografía venosa cuantitativa funcional

Norman Diego Pizano R. M.D. *

RESUMEN

Hasta hace poco la evaluación no invasiva de los pacientes con enfermedades venosas ha sido muy inadecuada. En este artículo se revisan los distintos tipos de pletismografías que pueden usarse para evaluar la función arterial y venosa de los miembros inferiores, con énfasis en el estudio de los enfermos con insuficiencia venosa (superficial y/o profunda).

Se describe en detalle la Pletismografía Venosa Cuantitativa Funcional o PVCF (APG, siglas en inglés de Air - Plethismography), la cual permite medir en centímetros cúbicos el reflujo por insuficiencia valvular, la función de la bomba músculo-venosa de la pierna, y estimar la presión venosa ambulatoria (función venosa global), así como evaluar la resistencia al flujo en el sistema venoso profundo (obstrucción). Se describen los índices de la función venosa, sus valores normales y en distintos estados patológicos, y su interpretación. También se discuten las indicaciones para el uso de la PVCF.

Se concluye que este método, introducido por el autor a nuestro país en 1991, es la técnica más moderna para estudiar la función venosa, que hace obsoletas a las otras pletismografías venosas, y que debe ser el protocolo estándar para evaluar y seguir los pacientes con insuficiencia venosa crónica tanto superficial como profunda, ya que mediante ella es posible por primera vez su estudio completo y objetivo a largo plazo, al cuantificar la función venosa de modo no invasivo tanto en decúbito como durante la estación de pies, y tanto en reposo como durante el ejercicio.

SUMMARY

Until recently procedures for the non-invasive evaluation of patients with diseases of the veins was quite inadequate. In this article we review the various types of plethismography that permit evaluation of the arterial and venous function of the lower limbs, with emphasis in the study of patients with venous insufficiency (superficial and/or deep).

Detailed descriptions are given of the Quantitative Venous Functional Plethismography or PVCF (APG, in english Air Plethismography) which allows measurement in cubic centimeters of the reflux due to valvular insufficiency, the function of the muscle-venous pump of the leg and at the same time, allows determination the to resistance to the reflux in the deep venous system (obstruction). The indexes of the venous function, its normal values and in several pathological states are described and interpreted. The indications for the use of the PVCF are also discussed.

It is concluded that this method, introduced by the author in our country in 1991, is the most modern technique to study the venous function and as such makes obsolete other types of plethismography. It should be considered the standard protocol to evaluate and follow those patients with chronic venous insufficiency, both superficial and deep. It allows to perform a complete and objective study of such patients at long range, as it permits quantification of the venous function by a non-invasive procedure both in decubitus as well as with the patient standing on the feet and additionally, in a resting position or during exercise.

* Cirujano cardiovascular - Laboratorio Vascular Periférico.

INTRODUCCION

Hasta hace poco la evaluación no invasiva de los pacientes en quienes se sospecha insuficiencia venosa crónica ha sido inadecuada, muy por debajo de la calidad y confiabilidad de las evaluaciones que se hacen de los sistemas arterial periférico y carotídeo. El ultrasonido Doppler venoso y la imagenología Duplex venosa evalúan el estado de venas individuales, no del sistema venoso superficial y/o profundo en conjunto, y por razones técnicas no pueden usarse durante el ejercicio del miembro. Ninguna de las pletismografías descritas más adelante (con excepción de la Pletismografía Venosa Cuantitativa Funcional, que es el objeto de este artículo) es capaz de evaluar cabalmente la función de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla ni la función venosa global de la pierna¹.

El interés cada vez mayor en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema venoso (Flebología) ha creado la necesidad de medir de manera no invasiva la función venosa de los miembros inferiores de manera cuantitativa (no cualitativa como lo hacían todas las técnicas disponibles hasta ahora), tanto para descartar o comprobar obstrucción, como insuficiencia valvular que cause reflujo, y para evaluar la función de la bomba músculo-venosa de la pierna, y la función venosa global de las piernas. Esta medición debe poderse repetir en diferentes etapas de la historia natural y del tratamiento de la enfermedad².

La bomba músculo-venosa de la pantorrilla puede compararse a un sistema de dos cámaras, como el ventrículo izquierdo del corazón. Las venas subcutáneas forman un sistema colector de baja presión, análogo a la aurícula, que llena las venas subfaciales intramusculares a través de un conjunto de conexiones con válvulas, las venas perforantes. Las venas subfaciales intramusculares forman la cavidad de una cámara que bombea a alta presión, similar al ventrículo, y que descarga su contenido a través de un único tracto con válvulas, la vena poplítea-femoral.

En los miembros con insuficiencia venosa crónica superficial (IVCS) la bomba músculo-venosa de la pierna es como un corazón con un volumen de eyección normal pero con una precarga aumentada por el reflujo. En los miembros con insuficiencia venosa crónica profunda (IVCP) la bomba músculo-venosa es como un corazón con un volumen de eyección disminuido debido a la destrucción y reducción del volumen de las venas profundas, una postcarga aumentada debido a la resistencia

elevada al eflujo venoso causada por la obstrucción, y una precarga aumentada como resultado del reflujo en las venas profundas y/o superficiales.

La insuficiencia de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla es responsable de la hipertensión venosa, que conduce a la acumulación excesiva de líquidos y fibrinógeno en los tejidos subcutáneos, cuyos resultados son el edema, la lipodermatoesclerosis, y finalmente la ulceración³.

PLETISMOGRAFIA es una palabra derivada del griego pletysmos -aumento- y graphein -describir-; es el registro de los cambios de volumen de una parte del cuerpo. En las extremidades, desde el punto de vista práctico, los cambios en las dimensiones se deben a las variaciones en el volumen sanguíneo.

La pletismografía es uno de los métodos usados desde hace más tiempo para medir el flujo sanguíneo en las extremidades, y sigue siendo uno de los más útiles, exactos y de uso generalizado para la evaluación de las enfermedades vasculares periféricas.

Las diferencias básicas entre los distintos aparatos están en el método por el cual registran los cambios de volumen, la facilidad de su uso y su sensibilidad y estabilidad. Según el método usado podemos distinguir entre los pletismógrafos de agua, aire, asa de mercurio, impedancia eléctrica y fotoeléctricos⁴:

1. *Pletismógrafos de agua.* Fueron los primeros que se usaron, y consisten en un recipiente impermeable lleno con agua en el cual se sumerge la extremidad; un cambio en el volumen de ésta desplaza una cantidad igual de agua, la cual se mide por diferentes métodos.

2. *Pletismógrafos de aire.* Estos miden indirectamente los cambios de volumen; en ellos la parte que va a estudiarse está rodeada por un mango o brazalete hermético lleno de aire. Un cambio en el volumen del segmento estudiado causará un cambio equivalente en la presión del aire del brazalete, el cual puede registrarse con un transductor adecuado. El sistema puede calibrarse inyectando una cantidad determinada de aire y midiendo el cambio correspondiente en la presión.

3. *Pletismógrafos de asa de mercurio.* Estos constan de un tubo delgado de caucho siliconizado lleno de mercurio y en contacto con un electrodo en cada extremo; el asa se enrolla alrededor del segmento estudiado, y cuando éste cambia de volumen la longitud del asa

cambia de modo correspondiente. Esto causa una variación en la resistencia eléctrica, la cual se compara con las calibraciones previas.

4. *Pletismógrafos de impedancia eléctrica.* Esta clase de aparatos miden indirectamente los cambios de volumen midiendo las variaciones en la impedancia eléctrica a una corriente baja de alta frecuencia que se hace pasar entre los electrodos que se colocan alrededor de la parte estudiada. Mientras mayor sea el volumen sanguíneo en la extremidad examinada, menor será la resistencia (impedancia eléctrica) al paso de la corriente eléctrica y viceversa.

5. *Pletismógrafos fotoeléctricos.* En realidad no son verdaderos pletismógrafos, ya que no miden los cambios de volumen y son difíciles de calibrar, por lo cual sus registros son cualitativos y no cuantitativos. Consisten de un fotosensor, y de uno (fotopletismógrafo) o tres (reógrafo de reflexión de la luz) diodos que emiten luz infrarroja, la cual es atenuada por la sangre proporcionalmente a su contenido en el tejido.

PLETISMOGRAFIA VENOSA

Para el estudio del sistema venoso pueden usarse diversos tipos de pletismografías⁵:

1. PLETISMOGRAFIA DE VOLUMEN VENOSO

La pletismografía de volumen venoso registra los cambios de volumen de la extremidad durante el ciclo respiratorio normal, la respiración profunda y la inspiración sostenida. Se usa para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda y es de tipo cualitativo.

1.1. *Fleborreografía.* Utiliza múltiples brazaletes que se llenan con aire, cada uno conectado a un transductor. En el segmento con trombosis venosa profunda los cambios de volumen desaparecen, mientras que en las áreas proximales sin trombosis se observan las ondas normales causadas por la respiración. No puede determinar los trombos pequeños ni los no oclusivos.

1.2. *Pletismografía de impedancia.* Se usa principalmente para la pletismografía de Eflujo venoso pero también puede medir los cambios de volumen que ocurren durante los movimientos respiratorios. En los miembros con trombosis venosa profunda los cambios de volumen causados por la respiración son menores o inexistentes en la medida en la cual el lecho venoso se llena con trombos. Como la anterior, necesita de la colaboración del paciente; además, se registran falsos

positivos en miembros con hematomas, vasoconstricción periférica y en los pacientes en insuficiencia cardíaca congestiva.

2. PLETISMOGRAFIA VENOSA OCLUSIVA O DE EFLUJO

Es una prueba cualitativa que tiene utilidad solamente para el estudio de la trombosis venosa profunda; no sirve para el estudio de los pacientes con insuficiencia valvular superficial o profunda.

Mide los cambios de volumen que ocurren en la pierna cuando se causa una oclusión a la salida (eflujo de la sangre venosa mediante un torniquete colocado en el muslo e inflado a una presión de 60-80 mmHg, el cual permite el aflujo arterial. Se observa entonces un aumento del volumen de la pierna que se estabiliza en 2-3 minutos y que representa la Capacidad Venosa Segmentaria (CVS). Al desinflar rápidamente el torniquete del muslo el volumen de la pierna disminuye aceleradamente; el volumen que sale durante el primer segundo se denomina Eflujo Venoso Máximo (EVM). En los miembros con trombosis venosa profunda tanto la CVS como el EVM se reducen sustancialmente a medida que el lecho venoso se llena con trombos.

Cuando hay insuficiencia valvular superficial y/o profunda pre-existente, en los miembros con trombosis localizada o trombosis no oclusiva, o con una circulación colateral bien desarrollada, los cambios en la CVS y el EVM serán mínimos o inexistentes, dando resultados falsos negativos.

2.1. *Pletismografía de impedancia.* Como se explicó, mide los cambios de la resistencia eléctrica de la pierna, que dependen de los cambios del volumen venoso en la extremidad.

2.2. *Pletismografía de asa de mercurio.* Tal como se describió, los cambios en el volumen de la pierna causan cambios en la longitud del asa y por consiguiente en su resistencia eléctrica, que permiten medir la CVS y el EV.

2.3. *Neumopletismografía de brazaletes estrechos.* Permite medir los cambios segmentarios de volumen en un brazaletes colocado en la pantorrilla y conectado a un transductor y calcular la CVS y el EVM en el segmento estudiado, que no representan necesariamente los cambios en toda la pierna².

Es una prueba cualitativa, y es la única pletismografía que había estado en uso en nuestra ciudad para el

diagnóstico de los problemas venosos hasta julio de 1991, cuando introduje la APG o Pletismografía Venosa Cuantitativa Funcional.

3. PLETISMOGRAFIA DE REFLUJO VENOSO

Este método registra los cambios en el volumen del miembro que son secundarios a insuficiencia valvular que causa reflujo venoso.

La prueba se hace examinando el miembro primero durante la elevación pasiva y después durante la declividad pasiva. El examen se repite con el miembro en declividad después de que el paciente haya hecho dorsiflexión del pie por 10 veces, con lo cual es posible estimar la actividad de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla y el Tiempo de Recuperación Venoso (TRV), el cual se encuentra disminuido cuando existe reflujo venoso.

3.1. Pletismografía de impedancia.

3.2. Pletismografía de asa de mercurio.

Estos dos métodos pueden estudiar el reflujo pero son muy dispendiosos, por lo cual no se han usado en la práctica clínica.

3.3. *Volumetría del pie - Pletismografía de agua*⁶. El pie se sumerge en agua hasta arriba del tobillo y el paciente hace ejercicio doblando las rodillas; el nivel del agua es medido por un sensor fotoeléctrico. Este método es capaz de medir la función de la bomba venosa del pie y de la pantorrilla, y los cambios de volumen se correlacionan bien con los cambios en la presión venosa medida directamente.

3.4. *Fotopletismografía y reografía de reflexión de la luz*. Estas técnicas, aunque realmente no son pletismografías, son métodos cualitativos que pueden estimar el reflujo venoso.

Realmente lo que estudian es la congestión capilar cutánea. Aunque la piel es opaca a la luz, hay una pequeña transmisión del espectro infrarrojo que depende parcialmente del volumen de sangre en los capilares de la piel. En una persona normal el ejercicio causa una disminución rápida de la presión venosa y una reducción en el contenido de sangre de la piel, lo cual provoca una deflexión negativa en el registro; después del ejercicio el llenamiento depende por completo del aflujo arterial, y el tiempo que se necesita para volver a la línea de base o Tiempo de Recuperación Venoso (TRV) debe ser mayor

de 25 segundos. En los miembros con incompetencia valvular del sistema venoso superficial, del sistema venoso profundo, o de ambos, y en los que tienen insuficiencia de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla, que causen un reflujo venoso de significado hemodinámico, el TRV será menor de 25 segundos. En las várices no complicadas, con pequeño volumen de reflujo o con una bomba músculo-venosa intacta, el valor es normal.

4. PLETISMOGRAFIA VENOSA CUANTITATIVA FUNCIONAL. AIR-PLETHYSMOGRAPHY - APG (TM) -

La Air-Plethysmography - APG (TM) - a la cual denomino Pletismografía Venosa Cuantitativa Funcional - PVCF - para dar idea de sus principales características, fue desarrollada por D. Christopoulos y A.N. Nicolaides del St. Mary's Hospital Medical School de Londres y su primer reporte apareció en 1987². Es la técnica más moderna, que hace obsoletas a las otras pletismografías, y que va a revolucionar los métodos no invasivos de investigación usados en la práctica flebológica; será muy pronto el protocolo estándar para estudiar y seguir los pacientes con insuficiencia venosa crónica tanto superficial como profunda, ya que con ella es posible por primera vez su control completo y objetivo a largo plazo al medir la función venosa durante la estación de pies y el ejercicio.

Técnica^{1,2}

Este método cuantifica de manera no invasiva, en centímetros cúbicos, los cambios absolutos del volumen sanguíneo de toda la pierna. Para ello se aplica un mango o brazalete largo que se extiende desde el tobillo hasta por debajo de la rodilla, el cual es inflado por una bomba interna a una presión de 6 mmHg, la cual asegura el buen contacto con la pierna y estabiliza el mango en su lugar durante los cambios de postura y el ejercicio.

El mango se conecta a un transductor de presión, la señal se transmite a un amplificador y es procesada y enviada de modo analógico a un registrador. El aparato es calibrado inyectando 100 cc. de aire con una jeringa de calibración; los volúmenes correspondientes a 0 cc y 100 cc se identifican y almacenan, y se ajustan a una deflexión específica en el registrador (velocidad del papel 6 cm/min).

Con el paciente acostado, se hace primero una **pletismografía venosa oclusiva cuantitativa**, no cualitativa como la que se hace con el neumopletismógrafo de brazalete estrecho descrita en 2.3. Se aplica un mango

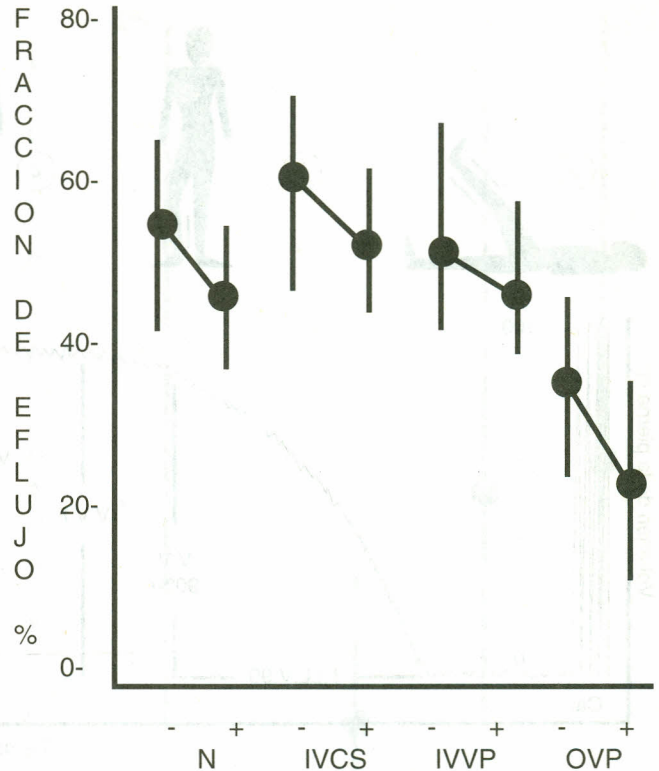
tan arriba como sea posible en el muslo, el cual se infla a 80 mmHg para obstruir la salida de la sangre por las venas superficiales y profundas, al tiempo que se permite el aflujo arterial sin obstáculo.

El registrador mostrará el aumento del volumen venoso en la pierna hasta llegar a un máximo que se llama **Volumen Venoso (V)**. Se desinfla rápidamente el mango del muslo y se mide en el registro la disminución del volumen de la pierna durante el primer segundo, o **Volumen de Eflujo (V1)**. Al dividir el V1 por el VV se obtiene la **Fracción de Eflujo (FEf)**: $(V1/V) \times 100 = FEf$, que en condiciones normales es del 40 al 60%. Un valor por debajo del 30% es altamente sospechoso de obstrucción al flujo venoso. Con esta técnica pueden observarse los falsos negativos que se enumeraron en el numeral 2. Pletismografía Venosa Oclusiva, y si hay esa sospecha el examen se repite comprimiendo con el dedo la vena safena larga en la cara interna de la rodilla; en estas condiciones el valor normal es de más del 35% (Fig. 1).

Se retira el torniquete del muslo, se eleva la extremidad para vaciar completamente el sistema venoso, y se ayuda al paciente a ponerse de pies, apoyado en el miembro no examinado, y se registra el cambio máximo de volumen, o sea el **Volumen Venoso Funcional (VVF)**. En seguida el paciente se empuja en el miembro examinado y vuelve a la posición de reposo; la disminución de volumen es el **Volumen de Eyección (VEy)**. Después se le pide que se empuje 10 veces en rápida sucesión y que retorne a la posición de reposo. Se le ayuda a acostarse de nuevo, se le eleva la extremidad para drenar las venas y obtener un nuevo cero funcional. La diferencia entre este nuevo cero y el volumen mínimo después de empujarse 10 veces es el **Volumen Residual (VR)** (Fig. 2).

Como la última parte del llenamiento es generalmente lenta, en el registro no siempre es fácil determinar el momento preciso en el cual se llega al Volumen Venoso Funcional, por lo cual se toma el 90% de este volumen al cual se lo denomina **Volumen Venoso Funcional 90%, (VV 90)** y éste se señala en la gráfica. Se mide el tiempo en segundos necesario para llegar al VV 90 a partir del momento en el cual el paciente se pone de pies, el cual se llama **Tiempo de Llenado Venoso 90% (TLLV 90)** (Fig. 2).

Se recomienda hacer un estudio con ultrasonido Doppler direccional de onda continua para complementar la información obtenida con el APG (TM).



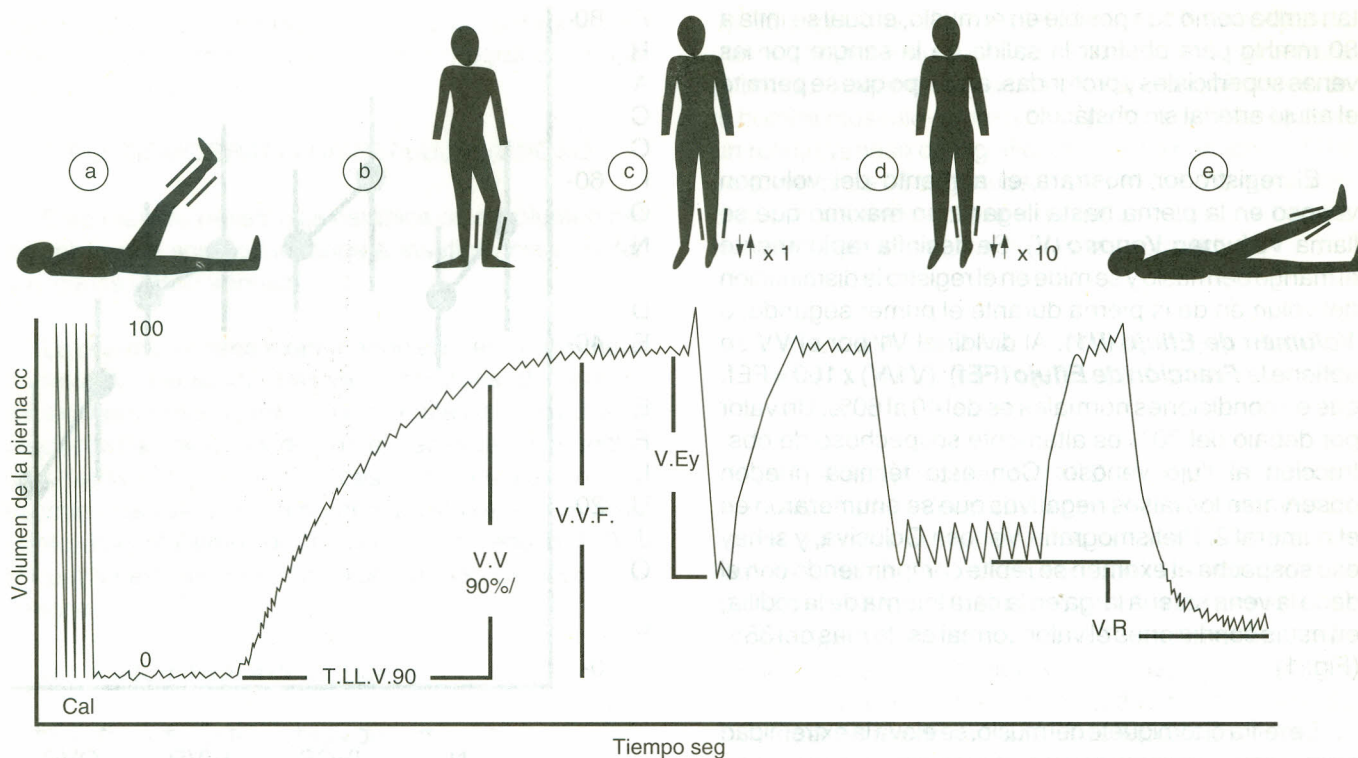
Los datos indican el promedio y los niveles de tolerancia del 90%

- N: Piernas normales
 IVCS: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial
 IVVP: Insuficiencia Valvular Venosa Profunda
 OVP: Obstrucción Venosa Profunda
 -: Sin compresión de las venas superficiales
 +: Con compresión de las venas superficiales

FIGURA 1. Fracción de eflujo sin y con compresión superficial.

Índices de la función venosa^{1,2,3,7-15}

Si bien el estudio de las anteriores cuantificaciones ha demostrado que con ellas se puede diferenciar entre las personas normales, los pacientes con insuficiencia venosa crónica superficial (IVCS) y los pacientes con insuficiencia venosa profunda (IVP), debido a las diferencias de estatura y peso de las personas, se han encontrado de mayor valor diagnóstico las relaciones entre los distintos valores, con las cuales Christopoulos, Nicolaidis y otros han establecido los siguientes criterios o índices para el análisis cuantitativo de la función venosa:



Protocolo del examen:

- Vaciamiento de las venas
- De pies en reposo
- Empinarse una vez
- Empinarse 10 veces
- Vaciamiento de las venas

INTERPRETACION

Indice de llenado venoso I.LL.V.: $I.LL.V. = (V.V.90/T.LL.V.90)$ Representa la tasa de llenado venoso a partir de los capilares. Si es mayor de 2 cc/seg indica la existencia de reflujo por insuficiencia valvular. Un I.LL.V. mayor de 7 cc/seg se asocia con una incidencia alta de úlceras por éstasis venosa.

Fracción de eyección: $F.Ey. = (V.Ey./V.V.F.) \times 100$. Mide la función de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla. La contracción muscular efectiva produce el vaciamiento de más del 60% del V.V.F. con cada elevación en la punta de los pies.

Fracción de volumen residual: $F.V.R. = (V.R./V.V.F.) \times 100$. Indica la función global del sistema venoso durante el ejercicio, y está determinada por el I.LL.V. y la F.Ey. En los pacientes con insuficiencia venosa se encuentra por encima del 35%, y es proporcional a la presión venosa ambulatoria (P.V.A.) medida directamente.

Fracción de eflujo: (no representada en la figura). $F.Ef.: (V1/V) \times 100$. Las piernas sin obstáculo vacían al menos el 40% del volumen retenido en el primer segundo después de desinflar el torniquete del muslo.

FIGURA 2. Protocolo de la pletismografía venosa cuantitativa funcional (APG™).

Fracción de Eflujo - FEF -: En la pletismografía venosa oclusiva cuantitativa es la relación entre el eflujo venoso durante el primer segundo y el volumen venoso máximo: $FEF = (V1 / V) \times 100$. Se observan los siguientes valores:

- > 40% Normal, u obstrucción compensada por circulación colateral o recanalización
- 30-40%. Obstrucción moderada
- < 30% Obstrucción severa
- > 35% Normal con compresión superficial

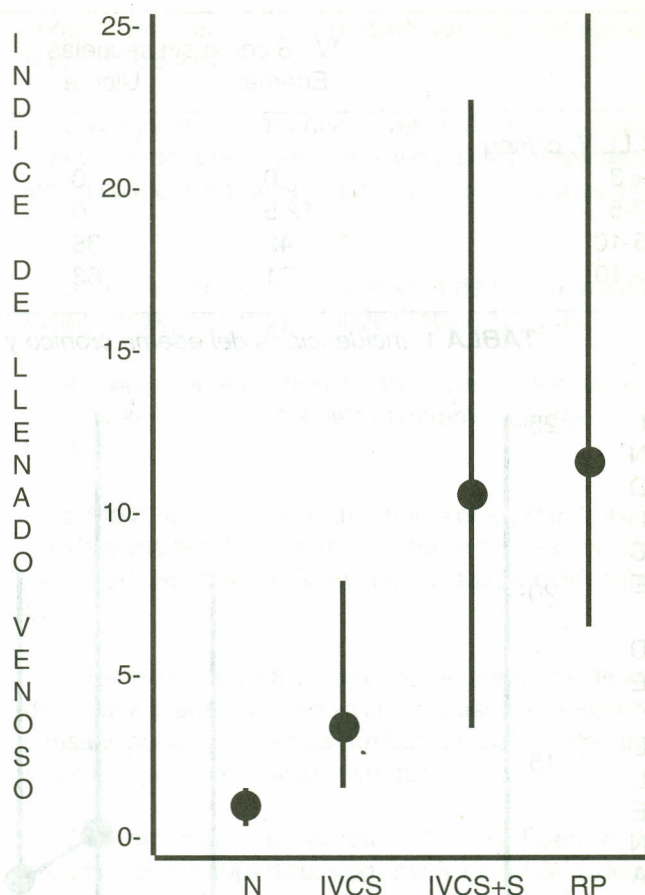
Indice de Llenado Venoso - ILLV -: Se obtiene al dividir el Volumen Venoso Funcional 90% por el Tiempo de Llenado Venoso 90%: $ILLV = VV0,9 / TLLV0,9$. Refleja la tasa de llenado venoso a partir de los capilares, y normalmente es menor de 2 cc/seg. La insuficiencia de las válvulas venosas permite un llenado rápido del sistema venoso debido al flujo retrógrado en las venas, y aumenta paralelamente al grado de esta insuficiencia²:

- < 2 cc/seg: Normal
- 2-5 cc/seg: Reflujo leve
- 5-10 cc/seg: Reflujo moderado
- > 10 cc/min: Reflujo masivo

La incidencia de edema, lipodermatoesclerosis y ulceración aumenta proporcionalmente con el ILLV, no importa si el reflujo es superficial o profundo, es decir, que este índice mide no sólo el reflujo sino la severidad de la enfermedad venosa (Fig. 3). Un ILLV mayor de 7 cc/seg se asocia con una alta incidencia de ulceración (Tabla 1).

Para diferenciar el reflujo superficial del profundo (es el único método no invasivo que permite hacerlo) la prueba se repite aplicando un manguito de 2,5 cms de ancho a nivel de la rodilla e inflándolo a una presión de 100 mmHg, o uno de 3-4 cms de ancho e inflándolo a una presión de 80 mmHg. Con esta oclusión superficial, normalmente el ILLV es menor de 2 cc/seg; en los miembros con reflujo por insuficiencia valvular superficial es de 2 a 5 cc/min, y en los con reflujo por insuficiencia valvular profunda es de más de 7 cc/min (Fig. 4).

Fracción de Eyección - FEy -: Es una medida de la función de la bomba músculo-venosa de la pierna. Se reporta como un porcentaje del Volumen Venoso Funcional y se calcula dividiendo el Volumen de Eyección por ese volumen: $FEy = (VEy / VVF) \times 100$, y es independiente de las variaciones en el tamaño de las piernas (Fig. 5). Normalmente es mayor del 60%. En los pacientes con IVCS la disminución se debe al Volumen Venoso aumentado y está entre el 30 y el 60%. En aquellos con obstrucción crónica profunda la FEy está disminuida por



Los datos indican el promedio y los niveles de tolerancia del 90%

- N: Piernas normales
- IVCS: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial
- IVCS+S: IVCS con secuelas
- RP: Reflujo poplíteo

Adaptado de Christopoulos et al⁸.

FIGURA 3. Índice de llenado venoso I.L.L.V. CC/MN.

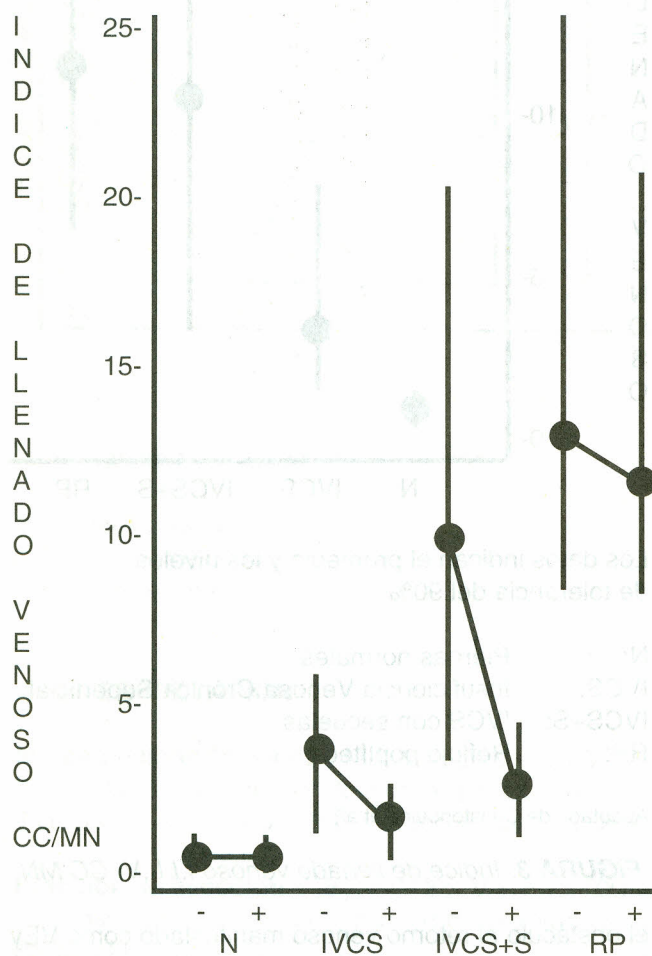
el obstáculo al retorno venoso manifestado como VEy bajo, y lo que determina la ulceración es si hay o no reflujo; en cambio en los enfermos con insuficiencia valvular profunda (IVP) el reflujo es apreciable en todos y lo que determina la ulceración es la FEy baja. En los pacientes con IVCP la FEy está entre el 15 y el 50%.

La disminución de la FEy tiene como resultado una alta incidencia de ulceración aún en los miembros con mínimo reflujo (Tabla 2).

Severidad de la enfermedad venosa según el grado de las anomalías en los índices de la función venosa:

	IVCS con o sin secuelas		Reflujo poplíteo	
	Edema	Úlcera	Edema	Úlcera
I.LL.V. cc/seg				
< 3	0	0	-	-
3-5	12.5	0	-	-
5-10	42	38	57	49
> 10	71	68	70	76

TABLA 1. Incidencia % del edema crónico y la úlcera de las piernas en relación con el I.LL.V.



Los datos indican el promedio y los niveles de tolerancia del 90%

N: Piernas normales

IVCS: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial

IVCS+S: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial con secuelas

RP: Reflujo poplíteo

-: Sin oclusión de las venas superficiales

+: Con oclusión de las venas superficiales

Adaptado de Christopoulos et al⁷.

FIGURA 4. Índice de llenado venoso con y sin oclusión superficial.

Fracción de Volumen Residual - FVR -: Mide la función global del sistema venoso de la pierna y se correlaciona muy bien con la Presión Venosa Ambulatoria (PVA) medida directamente ($r = 0,83$)³. Este valor compara el menor valor obtenido después del ejercicio (drenaje activo) con el menor valor obtenido al elevar la extremidad (drenaje pasivo), y mide el efecto combinado de la obstrucción, el reflujo y la función de la bomba músculo-venosa. Se reporta como un porcentaje del VVF y se calcula dividiendo el Volumen Residual por el Volumen Venoso Funcional: $FVR = (VR / VVF) \times 100$. Normalmente es de menos del 35% o de 35 mmHg. En los pacientes con IVCS es del 35 al 65%, y en aquellos con IVCP es del 45 al 85% (Fig. 6).

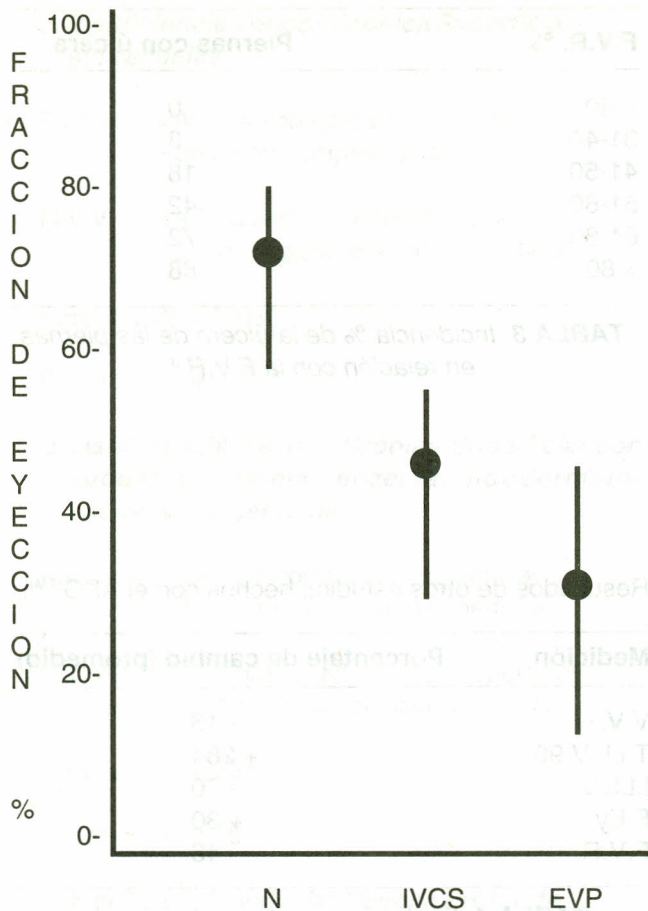
Durante el ejercicio rítmico, después de cada contracción de los músculos de la pantorrilla se logra un equilibrio, es decir, que la cantidad de sangre expulsada de las venas en cada contracción es igual a la que ingresa durante cada relajación desde los capilares y también como resultado del reflujo venoso, cuando éste existe. La FVR depende tanto del ILLV como de la FEy, y es la medida del volumen sanguíneo durante el ejercicio, que es responsable de la Presión Venosa Ambulatoria (PVA) con la cual la FVR se correlaciona de manera lineal ($r = 0,83$).

La insuficiencia de la bomba músculo-venosa de la pantorrilla es responsable de la hipertensión venosa, que conduce a la acumulación excesiva de líquidos y fibrinógeno en los tejidos subcutáneos, cuyos resultados son el edema, la lipodermatoesclerosis, y finalmente la ulceración³. (Tabla 3).

Indicaciones de la PVCF (APGTM):

Esta pletismografía es una medición **cuantitativa** útil para:

1. Determinar de manera no invasiva el reflujo venoso (superficial y/o profundo), la acción de la bomba músculo-



Los datos indican el promedio y los niveles de tolerancia del 90%

N: Piernas normales
IVCS: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial
EVP: Enfermedad de las Venas Profundas

Adaptado de Christopoulos et al².

FIGURA 5. Fracción de eyección (F.Ey.)

venosa de la pierna y la presión venosa ambulatoria (Figs. 2, 3, 5 y 6).

2. Diagnosticar la trombosis venosa profunda, seguir el proceso de la recanalización, y medir la posible circulación colateral a través de las venas superficiales (Fig. 1).

3. Dar un índice de la severidad de la enfermedad venosa superficial y/o profunda (Tablas 1, 2 y 3).

4. Evaluar antes de la intervención la función venosa, y controlar los resultados del tratamiento quirúrgico (Tabla 4).

5. Medir la eficiencia de la compresión elástica, ya que puede estudiar la función venosa sobre medias o vendajes. Es el único método no invasivo que lo permite (Tabla 5).

6. Hacer el diagnóstico diferencial del edema periférico: discrimina el edema debido a la insuficiencia venosa del causado por la insuficiencia cardíaca o renal, el linfedema y la infección de los tejidos blandos.

7. Diferenciar entre el reflujo por insuficiencia del sistema venoso superficial y por insuficiencia del sistema venoso profundo, lo cual no puede hacerse por ningún otro método no invasivo (Fig. 4).

Anormalidades de la función en diferentes enfermedades del sistema venoso^{1, 2, 3, 7-15}:

1. Persona con los sistemas venosos superficial y profundo normales:

F.Ef. = > 40% sin compresión superficial
> 35% con compresión superficial

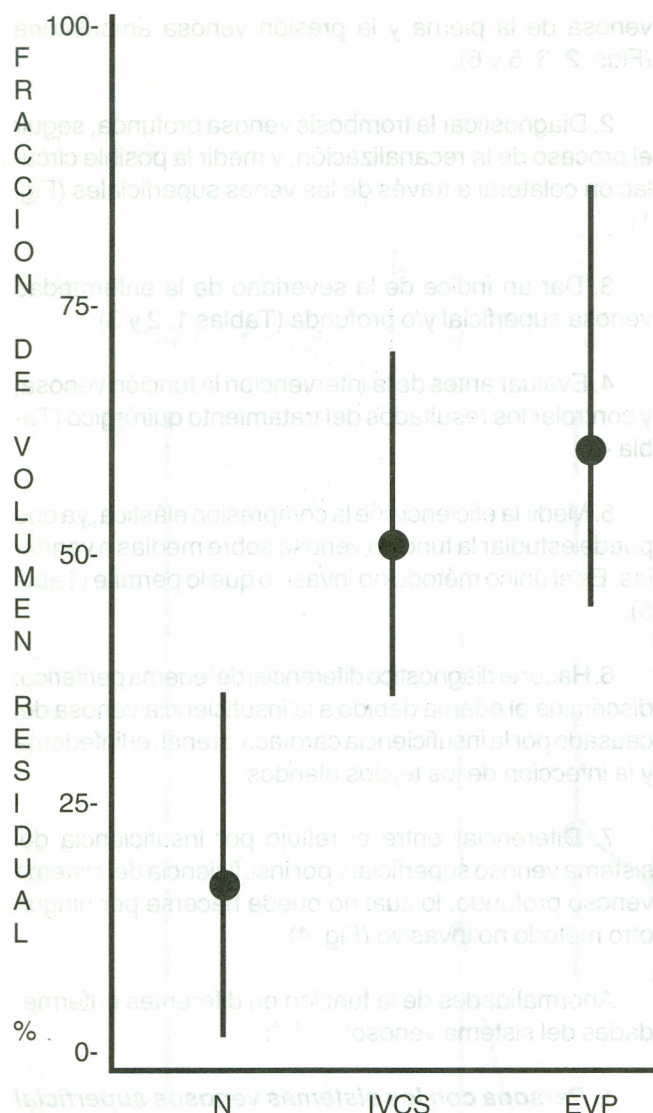
I.LL.V. = < 2 cc/seg con o sin oclusión superficial

F.Ey. = 60 a 90%

F.V.R. = < 35%

	I.LL.V. < 5	I.LL.V. 5-10	I.LL.V. > 10
F.Ey. > 40%	2	32	47
F.Ey. < 40%	28	65	77

TABLA 2. Incidencia % de la úlcera de las piernas en relación con el I.LL.V. y la F.Ey.¹⁰.



Los datos indican el promedio y los niveles de tolerancia del 90%

N: Piernas normales
IVCS: Insuficiencia Venosa Crónica Superficial
EVP: Enfermedad Venosa Profunda

Adaptado de Christopoulos et al².

FIGURA 6. Fracción de volumen residual (F.V.R.)

F.V.R. %	Piernas con úlcera
< 30	0
31-40	8
41-50	18
51-60	42
61-80	72
> 80	88

TABLA 3. Incidencia % de la úlcera de las piernas en relación con la F.V.R.³

Resultados de otros estudios hechos con el APGTM:

Medición	Porcentaje de cambio (promedio)
V.V.	- 16
T.LL.V.90	+ 284
I.LL.V.	- 70
F.Ey.	+ 30
F.V.R.	- 46

TABLA 4. Evaluación postoperatoria de los resultados del tratamiento quirúrgico⁹.

Medición	Porcentaje de cambio (promedio)
P.V.A.	- 41
I.LL.V.	- 28
F.Ey.	+ 34
F.V.R.	- 23

TABLA 5. Efectos de la compresión con medias elásticas con gradiente de presión (30 mmHg en el tobillo¹⁵).

2. Insuficiencia Venosa Crónica Superficial sin secuelas:

F.Ef. = > 40% sin compresión superficial
> 35% con compresión superficial

I.LL.V. = 2 a 8 cc/seg sin oclusión superficial
2 a 5 cc/seg con oclusión superficial

F.Ey. = 30 a 60%

F.V.R. = 35 a 65%

3. Insuficiencia Venosa Crónica Superficial con secuelas (edema, eczema, lipodermatoesclerosis, ulceración):

F.Ef. = > 40% sin compresión superficial
> 35% con compresión superficial

I.LL.V. = 3 a 22 cc/seg sin oclusión superficial
2 a 5 cc/seg con oclusión superficial

F.Ey. = 35 a 60%

F.V.R. = 35 a 65%

4. Insuficiencia Valvular Venosa Profunda:

F.Ey. = 40 a 70% sin compresión superficial
35 a 55% con compresión superficial

I.LL.V. = 7 a 25 cc/seg sin oclusión superficial
> 5 cc/seg con oclusión superficial

F.Ey. = 10 a 50%

F.V.R. = 45 a 85%

5. Obstrucción Venosa Profunda:

F.Ef.: 30 a 40% obstrucción moderada
< 30% obstrucción severa
5 a 25% con compresión superficial

I.LL.V.: depende de si hay o no reflujo en las venas superficiales y/o profundas

F.Ey.: 15 a 50%

F.V.R.: 45 a 85%

6. Insuficiencia de la vena poplítea (reflujo poplíteo):

F.Ef.: > 40%

I.LL.V.: > 7 cc/seg con o sin oclusión superficial

F.Ey.: 15 a 50%

F.V.R.: > 35%

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Katz, ML., Comerota AJ., Kerr R. Air Plethysmography (APG™) A new technique to evaluate patients with chronic venous insufficiency. J. Vasc. Technology; 15(1) 23-27. 1991.
2. Christopoulos, DG., Nicolaides, AN., Szendro, G., Irvine, AT., Bull, M., Eastcott, HHG. Air-plethysmography and the effect of elastic compression on venous hemodynamics of the leg. J. Vasc. Surg; 5(1): 148-159. 1987.
3. Christopoulos, DG., Nicolaides, AN., Cook, A., Irvine, A., Galloway, JMD., Wilkinson, A. Pathogenesis of venous ulceration in relation to the calf muscle pump function Surgery; 106(5): 829-835. 1989.
4. Sumner, DS. Volume plethysmography in vascular disease: an overview. In: Bernstein, EF. ed. Noninvasive diagnostic techniques in vascular disease. 3rd ed. St Louis: CV Mosby, 97-118. 1985.
5. Goren, G. Office Phlebology. 4th ed. Encino, Ca: Stencil. 28-33. 1990.
6. Ruckley, CV. Surgical management of venous disease. 1st. ed. Ipswich, UK: Wolfe Medical Publications Ltd, 23-24. 1988.
7. Christopoulos, D., Nicolaides, AN. Noninvasive diagnosis and quantitation of popliteal reflux in the swollen and ulcerated leg. J. Cardiovasc. Surg. 29: 535-539. 1988.
8. Christopoulos, D., Nicolaides, AN., Szendro, G. Venous reflux: quantification and correlation with the clinical severity of chronic venous disease. Br. J. Surg. 75(4): 352-356. 1988.
9. Christopoulos, D., Nicolaides, AN., Galloway, JMD., Wilkinson, A. Objective noninvasive evaluation of venous surgical results. J. Vasc. Surg. 8(6): 683-687. 1988.
10. Christopoulos, D., Nicolaides, AN. Haemodynamic factors responsible for venous ulceration. Angiologie; 401-403. 1988.
11. Nicolaides, AN., Christopoulos, D. Diagnosis and quantification of venous reflux. Angiologie 391-393. 1988.

12. **Christopoulos, D., Nicolaides, AN., Galloway, JMD., Wilkinson, A.** Alterations in the calf muscle pump after venous surgery. *Acta Chir. Scand.* (Suppl 546); 43: 1988.
13. **Christopoulos, D., Nicolaides, AN.** Long-term effect of elastic compression on venous haemodynamics of the leg. *Brit. J. Surg.* 76(6): 647. 1989.
14. **Rulo, A., Belclaro, G., Nicolaides, AN.** Quantitative assesment of venous outflow resistance in the postphlebotic leg. *Brit. J. Surg.* 76(6): 647. 1989.
15. **Christopoulos, D., Nicolaides, AN., Belclaro, G., Duffy, P.** The effect of elastic compression on calf muscle pump function. *Phlebology* 5: 13-19. 1990.

Expresiones del lenguaje que se escuchan con más frecuencia en la Clínica de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos

(Segunda parte)

Tiberio Alvarez Echeverri *

Beatriz Eugenia Meneses **

María Elena Echeverri Delgado **

José Manuel Barrios Suárez **

Nota: En el número anterior de la Academia de Medicina de Medellín (Epoca V. Vol. VI. No.1 - Marzo de 1993) se describió la primera parte del presente trabajo relacionada con los objetivos, la metodología y los resultados. Se describieron e interpretaron las expresiones indicativas de agradecimiento (12 frases) y las que indican petición de ayuda (47 frases).

RESUMEN

De julio de 1983 a julio de 1988 se recopilaron 142 expresiones del lenguaje utilizando para ello el **Libro de Huéspedes** donde se anotaron las palabras, frases o testimonios que denotaran los sentimientos de quienes directamente querían manifestar sus experiencias relacionadas con el dolor y el sufrimiento. Las expresiones recopiladas fueron clasificadas y agrupadas así:

Expresiones de agradecimiento (12 frases); de petición, de ayuda (47 frases); de miedo o temor (14 frases); de humor en la desgracia (32 frases); de contenido filosófico (26 frases); de expresión testimonial (11 frases)

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de las expresiones recopiladas, el 67%, pertenecen a la denominada **fase salmódica** (petición, temor, humor) una fase que lleva al desahogo, a la verbalización, al grito de las tensiones, rabias, dudas, temores y dolores. El 33% de las frases pertenece a la **fase de maduración** o de comprensión del proceso del dolor y el sufrimiento (enfermedad) y de la muerte próxima.

* Director de la Clínica de Alivio del Dolor

** Grupo de estudio - Clínica de Alivio del Dolor Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl - Medellín.

En esta segunda parte se describirán las expresiones que denotan temor o miedo (14 frases); las que denotan humor en la desgracia (32 frases); expresiones de contenido filosófico (26 frases) y las expresiones testimoniales (11 frases). Se describirá lo relacionado con la discusión, el resumen y la bibliografía.

SUMMARY

Between July 1983 and July 1988 a survey was done in the institution's **Host's Book** searching for those expressions voluntarily and directly written in their own language by patients (?). The exact words, sentences and testimonies of those who wanted to express their sentiments about pain and suffering were classified and grouped as following:

Expressions of appreciation (12 sentences), on the need of help (47 sentences); of being afraid and apprehensive (14 sentences); of humor at time of despair (32 sentences); on philosophical terms (26 sentences) and testimonial expressions (11 sentences).

According to the results obtained, the large majority (67%) of the expressions belong to the so-called **Psalm phase** (petition, fear, humor), a phase that carries along a sense of liberation, of setting feelings into words, of crying aloud tensions, anger, doubt, fears and pains. The remaining (33%) sentences belong to the **phase of maturity** or of understanding the pain and suffering process (illness) and of the coming death.

FRASES QUE MANIFIESTAN MIEDO O TEMOR

Uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes que sufren dolor o que están en fase terminal es el miedo y la angustia.

El miedo puede ser a que el dolor llegue a ser más intenso; a que se complique la enfermedad; a que no tengan médicos ni drogas que calmen el mal; miedo a lo desconocido: a desaparecer como personas; a la separación; a lo desconocido.

Frases que denotan miedo son las siguientes:

1. Me da miedo la muerte por estar lejos de mamá. (Frase de un niño que no sufre por la enfermedad que tiene ni por lo que pueda pasar, sino por la separación; la cual es frecuente en casos de hospitalización del niño).
2. Doctor, tengo miedo de morir porque no he tenido tiempo de vivir. (Frase de una joven de 20 años, en fase terminal. Tiene un componente de temor pero también de reproche, de no haber podido realizar las metas propuestas, de no haber tenido hijos. Es una frase profunda, que denota cierta cultura de la paciente).
3. Lo único que me da miedo es que me dé miedo la muerte. (Juego de palabras que en el fondo significa una aceptación de la muerte próxima, estado muy común en aquellos pacientes que han logrado una maduración de su proceso).
4. Cuando me dijeron que tenía cáncer me sentí atemorizado y extraño, pero con una capacidad de concentración como nunca había experimentado antes. (Frase que indica maduración, evaluación e interpretación del problema patológico. Un cambio de actitud hacia la vida; se tiene temor pero al mismo tiempo deseo de organizar, cambiar objetivos en la vida, modificarlos).
5. ¿Qué mal he hecho para que mi Dios me castigue así? (Frase que tiene sentido de reproche, pero también de temor y de explicación por algo que posiblemente cometió. Sentido de culpabilidad, tema frecuente en pacientes que sufren una enfermedad grave, que tienen dolor o que están próximos a la muerte).
6. Lo único perfecto de la vida es la muerte. El miedo que le tengo a la muerte es por el hueco (fosa). (Frase relativamente común, donde lo real, que es la muerte, pasa a un segundo plano; en cambio, lo relacionado con la imaginería de la muerte es lo principal).
7. Doctor, lo único que siento es saber que me enfrento a una gran incertidumbre... No sé qué nos va a

pasar. (Frase que resume la angustia de los seres pensantes, que no saben en realidad qué es lo que va a pasar. Esto es parte del misterio de la vida y la muerte).

8. Se me está acabando la vida, el tiempo... se me acaban los días. (Frase de temor, de angustia, de futurismo, de trascendencia y de misterio).
9. Lo único que me da miedo es que me dé miedo de la muerte, porque al ver que no muero, empiezo a albergar esperanzas, me apegó de nuevo a la vida y empiezo a temerle a la muerte. (Juego de palabras con las cuales un paciente quiso manifestar el estado de tener variaciones graves en su enfermedad que lo han llevado a estar varias veces cerca a la muerte. Un ir y venir entre la vida y la muerte).
10. El dolor, la angustia y el miedo, todo era mejor que aquel sentimiento de aniquilación que experimentaba cuando el médico me drogaba con morfina. (Frase de un periodista culto con la que hace referencia al efecto de las drogas morfinicas, que pueden llegar a cambiar u obnubilar la mente, a perder el control de la conciencia, a no ser "yo". Por eso se prefiere la angustia al cambio de personalidad que pueden producir las drogas narcóticas).
11. Doctor: cuando me dijeron que tenía cáncer se me murieron del susto las hijueputas lombrices. (Frase que indica un miedo intenso, el cual se manifiesta en una forma humorística muy representativa del miedo. Fue tan profundo el miedo experimentado que hasta las propias lombrices -áscaris- se contagiaron y murieron).
12. En este pueblo hasta la muerte tiene miedo de la muerte. (Frase expresada por el habitante de un pueblo que fue amenazado y luego tomado, saqueado y sus habitantes asediados y asesinados por la guerrilla. Es una frase que resume el ambiente de megamuerte que ronda al país).
13. No me da miedo la muerte, yo la tomo muy deportivamente. (Frase oída a un sicario. Para ellos la muerte es un juego, un negocio, una forma de ganarse la vida. La vida no tiene significado y por lo tanto la muerte tampoco).
14. Tuve un susto con asfixia. (La frase manifiesta que sufre disnea cuando tiene susto. Broncoconstricción refleja).

EXPRESIONES QUE INDICAN HUMOR EN LA DESGRACIA

El humor es una actitud, una actividad propia del ser pensante y es el resultado de elaborados procesos mentales. El humor encierra una filosofía, una crítica, una burla, una llamada de atención, un querer decir las cosas

con ironía. El humor es protesta, insulto, autocompasión. Puede ser, además, una forma de manifestar el temor o de pedir algo. El humor es la forma como muchos pacientes expresan su inconformidad. El humor hace parte de la llamada "filosofía popular" que indica la forma de pensar, actuar e interpretar del pueblo.

Entre las frases que denotan humor se encontraron las siguientes:

1. ...Y si acaso me vuelve a nacer pelo, p' es serán dos hilitos d'hebra. (Frase humorística para referirse a la caída del pelo, fenómeno tan común en los pacientes cancerosos que reciben tratamiento con quimioterapia. No sólo burla por la caída del cabello, sino por la calidad del pelo que nacerá después del tratamiento, "dos hilitos d'hebra". Es una frase que denota angustia, rabia, sufrimiento por la fealdad, por la amputación de algo personal: el pelo. Esta pérdida hace parte de lo que algunos autores llaman "las muertes parciales").
2. Cuando el médico me dijo que tenía un tumor en el estómago, pensé: este verso no es p'a mí. (Frase oída de un paciente cuarentón, amigo del licor y de la música. De una de las canciones populares tomó parte del tema repetitivo "y ese verso no es p'a mí", del autor Roberto Buitrago, para manifestar incredulidad, la no posibilidad de sufrir algo tan terrible. Indica solución momentánea a través del humor, de conocer el diagnóstico de una enfermedad que posiblemente lo llevará a la muerte. Puede significar, además, un proceso definitivo de tratar de negar la enfermedad; lo que se ha denominado fase de negación implícita).
3. "El Padre Nuestro" es la pelea de los hijos cuando uno les deja plata... (Frase con sentido humorístico que hace referencia al viejo tema de que la plata que se deja como herencia a los hijos sólo sirve para "ponerlos a pelear" y que cuando se reúnen, así sea para rezar el Padre Nuestro, en seguida se ponen a pelear).
4. Uno tan bruto, doctor, que sólo aprendió la "O". (Cita humorística para decir que se tuvo poco estudio en la vida. Tema muy socorrido por algunos pacientes que, en el momento de hacer balance sobre la vida pasada, se quejan o se resienten de no haber realizado algo mejor en la vida).
5. Ya he empezado a cuadrar lo poco que tengo. (Frase que indica comprensión de la situación en que se está, próxima a la muerte. Deseo de solucionar los problemas, de dejar todo arreglado como, por ejemplo, dejar firmadas escrituras, dar poder a un abogado, hablar con los familiares).

6. Estoy más quebrada que la nación. (Frase que indica pobreza extrema, tanto que se compara con la pobreza de la nación, que está embargada de la banca internacional, tanto, que es casi imposible pagar la deuda externa).

7. Mi marido es un ente... un día le da por ser el presidente de la República... (Frase para hablar de los problemas mentales de otro, en este caso del marido. Denota que no puede recibir ninguna ayuda de esa persona. Puede también ser una crítica al presidente, al compararlo con el esposo, de que ninguno de los dos hace nada).

ENTE: Sujeto ridículo. En la filosofía "ente" es lo que no tiene ser real y sólo existe en el entendimiento).

8. Sufro de arqueadas. (Frase con sentido de humor que hace referencia a la posición que toma el paciente cuando está vomitando o cuando tiene náuseas intensas, para colaborar con el organismo para que pueda expulsar el contenido gástrico. El paciente se vuelve una especie de arco, "se arquea", de ahí el término de arqueadas).

ARQUEADA: náusea, arcada, movimiento violento del estómago).

9. Es terco como una mula... y pa acabar diajustar está mal enjalmado. (Frase de burla sobre lo poco inteligente de una persona, lo llevado de su parecer, de que no entiende las cosas. Se toma como ejemplo la mula, por ser un animal muy conocido en el medio, que en verdad es "muy terco". Enjalmado se refiere a cierto apero que se coloca en el lomo de las bestias de carga, el cual debe ir muy bien sujetado para evitar que se caiga la carga. De ahí el término "estar mal enjalmado": que se le caen las cosas, que es un bruto, que no entiende o no quiere entender).

ENJALMA: especie de albarda ligera para las bestias de carga.

TERCO: pertinaz, obstinado).

10. Parecemos dos Cristos dándonos palo... (Frase con sentido humorístico escuchada a una paciente enferma de cáncer que tiene una hija con la misma enfermedad. Ambas ocupan la misma pieza y se ayudan mutuamente, se compadecen, se dan ánimos, de allí la relación con "dos Cristos dándonos palo", en referencia a Cristo que ayudó a la humanidad aún estando en el madero -enfermedad de cáncer en este caso).

11. ¡No se murió de milagro, y eso que mi Dios es muy bueno! (Frase con doble sentido, pues en el fondo lo que se quiere es que alguien se muera para que descanse de tanto sufrimiento, pero Dios es tan bueno que lo deja más tiempo padeciendo).

12. El paciente que es pobre muere sin remedio. (Frase escuchada a un paciente y seguramente aprendida

- del periodista Oscar Alarcón, la que tiene doble sentido. El pobre se muere sin remedio (droga) pero a la larga, con o sin droga, también se tiene que morir, pues no hay remedio para ello).
13. Yo no voy a la iglesia porque de pronto me quiebro el fundillo. (Frase con sentido de humor que denota extrema debilidad, imposibilidad para caminar, para ir a la iglesia. Es tanta la debilidad que con cualquier caída se puede fracturar o quebrar algún hueso. En este caso se habla de la pelvis que en el argot popular es el fundillo o trasero).
 14. He sufrido más que un ratón de iglesia. (Frase para indicar pobreza extrema. Hace referencia a que un ratón en una iglesia se muere de hambre).
 15. Estoy tan flaca que mi cuerpo parece una armazón de una comadreja. (Frase que indica extrema flacura, pérdida de peso, debilidad. Se compara con la comadreja, pequeño mamífero carnívoro de cuerpo largo, patas cortas, pelaje corto y delicado).
 16. Estoy más acabado que los canastos de San Alejo. (Frase que denota extrema debilidad, flacura, envejecimiento prematuro, dificultad para realizar alguna acción. En la ciudad de Medellín se realiza cada mes una feria de artesanías donde se exponen diversos artículos y entre esos se destacan los canastos que, en ocasiones, están mal armados y el pueblo asocia esto con desgracias personales. De allí el término "más acabado que los canastos de San Alejo".
SAN ALEJO: Santo que vivió entre 350 y 412, abandonó sus bienes y se abrazó a la pobreza. Es el santo de los peregrinos).
 17. Mi vida es un brete espantoso. (Frase que indica la dificultad para resolver los problemas, pobreza absoluta, no tener a quién acudir.
BRETE: aprieto, "poner en brete").
 18. ¿Que si tenía apetito, doctor? Vea: con sólo decirle que me comía un patinchao y preguntaba por las cotizas. (Frase humorística y folclórica, muy escuchada en algunas regiones de Antioquia. Hace referencia a un buen apetito que hace que alguien se coma lo que se atraviere, hasta un patinchado, y que no sólo se come el cuerpo, sino también el vestido, representado en este caso por las cotizas, especie de alpargatas que usan algunos campesinos pobres que no tienen con qué comprar los zapatos.
COTIZA: especie de sandalia).
 19. Este dolor es tan viejo que tengo de testigo al Palacio Nacional. (Frase que indica vejez y se relaciona en este caso con el edificio del Palacio Nacional de Medellín que fue construido por los años veinte y que en su época fue el edificio más alto de la ciudad, muy socorrido por los suicidas, por lo cual llegó a ser muy famoso y que quizá por eso se toma como referencia para esta frase).
 20. Yo tenía un esposo que era bastante querido conmi-go, pero con unos centavitos que consiguió se fue para Pereira y allá hizo maravillas... claro que me abandonó. (Frase que indica abandono, "hacer ma-ravillas" se refiere a la vida buena, al licor, a las mujeres, a los malos y buenos negocios).
 21. Estoy tan blanca como muerto lavado. (Se refiere a la extrema palidez, a la anemia, al color amarillento de los pacientes graves, color de muerte).
 22. Yo llamo a la Muerte por sus nombres propios: Lucrecia pareja completa: Lucrecia, porque se lucrea de todo; pareja porque le cae a todo el mundo y completa, porque se lleva todo. (Esta frase humorís-tica, filosófica y explicativa para el paciente, resume la sabiduría relacionada con la Muerte, "que acaba con todo").
 23. El dolor es como una brasa prendida que me quema hasta el carajo... ah, y ya no puedo más. (Frase exclamativa que indica intenso sufrimiento, dolor de quemadura. Carajo, según Jaime Sierra García, es una expresión muy usada en Antioquia: esa persona es un carajo: tonto, bobo. Sentido despectivo. Lar-garse uno para el carajo: irse lejos).
 24. El masaje medio me ahuyentó el dolor. (Poca efec-tividad con el tratamiento del dolor. Ahuyentar es alejar. Hace referencia, quizás a la explicación primi-tiva de que era necesario ahuyentar los malos espí-ritus, productores de la enfermedad).
 25. Yo le hago "perro" a la droga. (Frase que indica (en Antioquia) esperar, disimular, no hacer algo cuando se debe).
 26. Estoy tan renga que cuando me agacho no puedo pañar nada. (Frase que indica el no poder hacer algo útil, pues la debilidad y la dificultad para las activida-des motoras está muy comprometida. Pañar es un término muy empleado en Antioquia con el significado de robar, de coger algo ajeno, de recoger. De coger a alguien el día: "me pañó l'aurora").
 27. Aguanta más que una mula carga-caña. (La mula carga-caña es la que se emplea para transportar la caña para hacer la panela desde el lugar del cultivo hasta el trapiche. Trabaja continuamente, sin des-canso, y por eso la relación con el dolor, que en este caso es continuo).
 28. Más viejo que el candado del cementerio. (Frase burlona, irónica, sobre una persona vieja. Los can-dados del cementerio de los pueblos son viejos, grandes y oxidados).
 29. Sabe más un gato de telegrafía que ese médico de dolor. (Frase despectiva de burla, de no creer en lo

que dice y hace el médico. Crítica aguda que, en el fondo, es verdadera, pues el médico no sabe en general cómo manejar el paciente que tiene dolor crónico.

30. Soy tan bruta que ni siquiera aprendí a persignarme. (Frase que indica lo poco que se estudió o lo poco que puede hacer en la vida).
31. Mi vida es tan complicada que parece un circo. (Hace referencia a todo lo que tiene que hacer un circo, desde la búsqueda del lugar preciso, la propaganda, los instrumentos, las herramientas, las complicaciones... en fin: la vida es igual a un circo por lo difícil y complicado).
32. Fui tan aliviada que hasta mi mamá se asombra. (Frase de humor y exageración sobre lo aliviado que se era antes. Se pone por testigo a la misma mamá).

EXPRESIONES CON CONTENIDO FILOSOFICO

Si bien todas las expresiones tienen algo profundo en su significado, que tienen que ver con los temas trascendentales del hombre (vida, muerte, dolor, sufrimiento) hay algunas que lo tratan de expresar mejor y por eso se han reunido en este apartado. Es claro que es una clasificación muy arbitraria.

1. Papá: estoy mejor aunque me estoy muriendo. (Frase de un niño de 7 años que, en sus últimos momentos, para tranquilizar a su padre le dice que está mejor).
2. Es que con este dolor uno se va poniendo como histérico. (Frase para significar los cambios tan profundos, algunos francamente patológicos de la enfermedad y en especial del dolor crónico).
3. Estoy más allá que más acá. (Frase donde se presiente la muerte próxima).
4. Dios da la llaga pero también la cura. (Frase de contenido religioso que expresa resignación, confianza en un ser superior. Si hay dolor, también hay forma de calmarlo. Tiene semejanza con una frase que dice: si Dios ha dado el trigo para calmar el hambre, también ha dado el opio para calmar el dolor).
5. El problema del dolor es parte del misterio de la vida y del misterio de Dios. (Frase de trascendencia. Es católica, metafísica; hace parte del mismo misterio del dolor).
6. Cuando tengo ese dolor dejo de ser quien soy porque el dolor me transforma. (Hace referencia a los cambios o modificaciones que produce el dolor en lo más íntimo de cada persona).
7. Hay enfermedades tan terribles que ya no vive uno la vida con gusto.
8. Uno vino al mundo para volver a irse. ¡Estamos temperando!
(TEMPERAR: pasar vacaciones en el campo, mudar de lugar pasando temporadas en sitios saludables o de clima fresco. Con ello se hace referencia a que uno viene a este mundo un tiempo, unas vacaciones. Viene a temperar).
9. Médico: ¡cómo estás de bonita, Magdalena!
-Magdalena: ¿bonita? ¡es que me pinto para ocultar la muerte!
10. Mi dolor es como una agonía (AGONIA: lucha, combate).
11. Noto que el dolor como que me acecha. (Se refiere a que el dolor está continuamente presente y como las fieras, ataca en el momento menos esperado. ACECHAR: observar, guardar cautelosamente).
12. ¡... Y ahora, p' acabar diajustar, está la maldad sobreaguada! (Hace referencia a lo mala que está la situación general, a lo cual se agrega la maldad que está en todas partes).
13. A la hora de la verdad la vida es amable.
14. Yo ya estoy por lo que diga mi Diosito. (Frase de entrega, de resignación, de sólo esperar la muerte, de no luchar más).
15. Es que mi papá ya se desprendió. (Frase muy común en la consulta tanatológica. Se refiere al estado del paciente que ha organizado todo, que está preparado para la muerte, que quiere descansar de tanto sufrimiento. La familia dice entonces que ya se desprendió. Que se entregó).
16. Bueno, hija ¿y a qué hora es que me voy a morir? (Frase que corresponde a la llamada muerte doméstica según Phillips Aries, en la cual los problemas se conversan como si fueran un tema común y corriente).
17. A este dolor hay que revolverle guadua. (Frase muy común escuchada a los campesinos de la región de Andes que quiere indicar que a la madera para construir una casa se le debe agregar guadua para hacerla más barata. Aquí la comparación se relaciona con el dolor, al cual hay que agregarle cosas agradables para poderlo sobrellevar).
18. Ante el dolor, fortaleza. (Ante el riesgo, conocimiento).
19. Se me clipsan los ojos. (Se me eclipsan los ojos, se me oscurecen, mi visión sufre un eclipse, me estoy apagando, mi vida se me va, me llega la muerte).
20. Ya tiene el ronquido de la muerte. (Frase que indica cuando el paciente está en agonía, cuando la respiración se hace estertorosa, cuando la expiración está próxima).
21. Cuando no es por lo roto es por lo descosido. (Cuando las cosas van mal de todas maneras).

22. Ni le tengo apego a la vida, ni le tengo miedo a la muerte.
23. Fue ahí cuando cogió el vicio de la ansiedad. (Del bazuco, un derivado de la cocaína. Drogadicción).
24. Esta enfermedad me marcó un estop... Me puso a pensar. (Stop es una palabra inglesa que significa parar. Se aplica a alguien que ha madurado a través de la enfermedad).
25. Sólo lloro cuando tengo rabia.
26. Tengo unos hijos tan buenos que no sé a cuál de ellos escoger.

FRASES TESTIMONIO

Se anotan a continuación algunos testimonios de pacientes que quisieron manifestar sus inquietudes, angustias, temores, anhelos.

1. Yo concienticé la muerte... hace 100 años yo no existía y no sufría por eso. He vivido y pienso que ahora que voy hacia la muerte no tengo miedo. Creo, eso sí, en un ser superior hacia el cual voy...
2. Uno empieza a envejecer cuando dice que el papá tenía razón en algo.
3. Si el vivir es para sufrir, mejor es no sufrir y morir.
4. Me levanté de debajo de los muertos y salí corriendo... Del susto, pensé que yo también estaba muerto. Es como morir y volver a nacer. (Sobreviviente de una matanza).
5. Como vivo cerca del cementerio, no me pierdo ningún entierro. Siento alegría, felicidad y a veces tristeza. Voy allá y rezo por parejo. Desde pequeña siento atracción por los entierros.
6. No le he hecho mal a nadie. No he maltratado ningún animal... ni he proferido palabras injuriosas contra Dios.
7. Muerte, para ti no estoy viviendo.
Cuando estoy feliz, la muerte es mi enemiga.
Cuando estoy triste, en mi aliada se convierte.
Cuando hay dolor, la tristeza y la dicha se entremezclan.
Siento dolor de no ayudar a quien me alivia el dolor.
8. Ayer fueron por mí los sicarios. Me salvé porque no amanecí en la casa.
9. Los muertos fuimos cinco. (Paciente que escapó a una masacre guerrillera).
10. Al que lea y se interese por los pensamientos del acosado por el dolor, no culmine su lectura con la última palabra de este párrafo, que él sólo sea el comienzo de la comprensión individual y la preparación para lo que no sabemos, nos espera. La juventud no está señalada por la alegría, ni tampoco la vejez, por el desequilibrio y desatención. Sólo Dios,

que me ha concedido comprender lo anterior, ha permitido que mi juventud dé entrada al dolor que siempre me acompaña, es mi lazarillo y le he tomado afecto, cariño. Pero no es que esté loca, sólo que personas maravillosas que nos ayudan, instituciones piadosas que nos aconsejan y atienden, me dan el valor de concebir mi dolor; no como una tortura, ni como un pecado que estoy pagando aún sin morir, sino como una parte mía que me grita: ¡atención!, y yo le contesto: no me acabes, sólo transfórmame.

(NOTA: escrito por una paciente al comienzo de su estadía en la clínica).

11. (NOTA: escrito por la misma paciente unos años después).

Ahora es distinto, ahora es cuando más entiendo lo que siempre se ha presentado como mi enemigo. Mi presencia enmudece su grito y me da a entender que soy superior y si no lo soy al menos respeta mi decisión de entenderlo y admite que soy su dueña y cómo en lo mío mando.

Pero todo es un camino, en lugares de soledad el temor a sentirme vencida me embarga, y ya es su imagen en estos momentos tan, tan clara que de nuevo me siento vencida; me falta mucho, pero menos que mañana, más que ayer.

Cómo quisiera que quien aconseja la comprensión del sufrimiento, no lo sufriera. Sino que compartiera la alegría y el descanso de saberlo dominado y comprendido. Si lo comprende, el puede saberse sabio y al inundar todo mi cuerpo puede contar con una esclava. Si lo domino, compartimos nuestra sabiduría y al inundar mi cuerpo en ningún momento me perjudica, por el contrario lo compartimos. El vive en mí sin evitar que, como mujer, me siento realizada en una sola palabra, día a día nos realizamos. Tardé en comprender que en los largos caminos contaba con una mano, estaba acompañada y que, bueno o no, este amigo, todo me lo puede desear; menos, el que sin decírmelo yo entendiera que no es mi verdugo.

DISCUSION

El sufrimiento es el común denominador del paciente que sufre enfermedad o dolor; es un terreno vasto, variado, pluridimensional, intransferible e inefable (que no se puede decir con palabras), el sufrimiento "es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la humanidad misma" (Juan Pablo II - Carta Apostólica Salvifici Doloris 1984). El sufrimiento es mucho más que la enfermedad y el dolor y su manifestación exterior es muy limitada. Lo entiende quien lo padece y sólo es captado parcialmente

por otras personas. En esta búsqueda del hombre de hallar una forma inteligible de comunicar el sufrimiento y el dolor, ha ensayado diversas maneras, pero es la palabra hablada y escrita la forma común de lograr, por lo menos parcialmente, una comunicación verdadera y es en este terreno donde la lengua cumple papel importante en la comunicación del dolor y en la preservación de esa comunicación a través de la cultura. Razón tiene Miguel de Unamuno cuando dice: "La cultura comienza con el estudio de la propia lengua... es el sedimento de los siglos y el más rico aluvión del espíritu colectivo; escudriña la lengua".

La lengua es vida, relación, inquietud, demanda de auxilio, instrucción, preservación de lo experimentado, comunicación, intercesión, legado, arcón donde se guarda el saber y el quehacer humanos. Cuando algo no puede comunicarse, esto significa apagamiento, muerte. "Hay formas de sufrimiento que obligan a enmudecer, en las cuales no es posible ninguna conversación y en las que el hombre deja de reaccionar como un sujeto humano... el sufrimiento extremo lleva al abandono de sí mismo y a la apatía... muere el sentir a los demás. El sufrimiento aísla al hombre, lo relaciona consigo mismo. La fuerza de atracción de la muerte crece. El sufrimiento extremo privatiza su capacidad de comunicación; no es posible decir nada..." (Dorothee Solle).

Tomando las enseñanzas de Solle se puede decir que en el sufrimiento (dolor) hay 3 fases bien delimitadas por el sufrimiento mismo y por la forma de comunicarlo a través de un lenguaje específico.

La primera fase o fase arcaica. Es aquella del silencio, de la incomunicación, del aislamiento; no hay forma de que el paciente manifieste su dolor; es el dolor mismo, con su silencio, el protagonista; es una fase de corta duración, pues el paciente quiere morir, desaparecer, perderse en el silencio.

La segunda fase "se caracteriza por encontrar un lenguaje que manifieste el sufrimiento incompreso y mudo, un lenguaje del lamento, del grito, de los dolores". Es precisamente esta fase, llamada **salmódica**, la que le permite al paciente manifestar con actitudes y palabras su sufrimiento; hay lamentaciones, exclamaciones, peticiones, conceptos filosóficos, explicaciones, maldiciones; el lenguaje cumple una función de desahogo, de salida de petición, de ayuda, de información y también de publicidad. Es una expresión de comunicación. En la presente investigación las expresiones de petición, las que expresan temor o ansiedad y muchas de las que expresan cierto sentido del humor, pertenecen a la fase

salmódica. Vale la pena explicar aquí, que la función de los salmos, desde el punto de vista litúrgico era, precisamente, darles la oportunidad a los hombres de formular sus angustias, sus esperanzas, sus maldiciones. Es necesario que se dé esta fase **salmódica** para pasar a la fase siguiente.

Tercera fase o fase de maduración que expresa comprensión e interpretación del sufrimiento, solidaridad en la desgracia, resignación, paz interior, solidaridad con los demás, preparación para la muerte, aceptación. Esta fase también se comunica con palabras, frases y testimonios. En el presente trabajo, las expresiones que se han denominado de agradecimiento, las filosóficas, así como las testimoniales tienen un manifiesto contenido de esta fase de maduración.

De acuerdo con los resultados obtenidos, la mayoría de las expresiones recopiladas, 67% pertenecen a la fase salmódica (petición - temor - humor), el 33% corresponden al lenguaje de maduración, de comprensión del proceso de sufrimiento (enfermedad, dolor, muerte próxima).

Un aspecto interesante de analizar e interpretar en el lenguaje del dolor, además del proceso comunicativo (emisor, medio o canal receptor) es el relacionado con la publicidad, pues cada uno de los pacientes elabora su propia "manifestación del dolor" de la cual depende que el médico y sus allegados se fijen en él y le presten la ayuda más adecuada; este "**proceso publicitario**" requiere algún grado de investigación y de creatividad, variable de acuerdo con la capacidad intelectual de cada paciente. ¿Cómo manifiesto mejor mi dolor?: ¿Con llanto?, ¿con gritos?, ¿debo agregar silencio, palabras injuriosas?, ¿debo ser irónico?, ¿reservado?

Como dicen los especialistas, "si la imagen es un elemento fundamental del mensaje publicitario, el texto oral o escrito es clave". Es la razón para que cada paciente busque las palabras y frases más adecuadas para lograr sus objetivos, palabras que varían de acuerdo con el dolor, con el sufrimiento, con el idioma y al medio social en el que se vive. -De allí la variedad de extensión, profundidad, contenido y creatividad.

Todo mensaje publicitario del dolor busca:

1. Llamar la atención.
2. Despertar interés.
3. Generar un deseo de ayuda, de alivio y
4. Conducir a una acción específica por parte del equipo médico tratante.

Cada paciente investiga y crea a su manera el cómo comunicar su dolor respondiendo a cuatro preguntas:

1. ¿Qué es lo que tengo que decir de mi dolor y sufrimiento?
2. ¿Cómo debo decirlo?
3. ¿Dónde, en qué lugar es más apropiado decir mi mensaje y ante quién o quiénes?
4. ¿Cuánto tiempo debo gastarme en dar este mensaje?, ¿en la primera consulta?, ¿después de conocer mejor al médico?

En conclusión, el dolor y el sufrimiento pueden ser comunicados a través del grito, del llanto, la facies dolorosa, la agitación, los movimientos (medios orgánicos o biológicos); a través de la ansiedad, el miedo, la angustia, la depresión, la desesperanza, la incertidumbre (medios psicológicos); aumentando la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria, la sudoración (medios fisiológicos), pero es sobre todo a través del lenguaje, hablado y escrito como mejor puede comunicarse el dolor y el sufrimiento, convirtiéndose en un proceso informativo

y de publicidad que tiene una intención y una connotación muy bien definidas. Esto es lo que los autores denominan los **DESCRIPTORES VERBALES** (palabras o frases) necesarios para la medición y evaluación del dolor y para manejar las relaciones semánticas entre las palabras o grupos de palabras (frases) que describen las cualidades sensitivas, afectivas y evaluativas del dolor y del sufrimiento percibidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. **Roy** Ranjum et col - "The Chronic patient an the environment in chronic pain" Edit by R. Roy-E. Tunks Williams and Williams, Batilmore. 1982.
2. **Gracely** H. Richard - "Pain language and ideal pain assessment in pain, measurement and assessment" Edit by R. Melzack-Raven. New York. 1983.
3. **Milton**, R. El proceso comunicación en el voluntariado mimeografiado. Medellín. 1988.
4. **Solle** Dorothee-Sufrimiento-Ediciones Sígueme-Salamanca. 1978.

El nuevo Código de Procedimiento Penal y las actuaciones médicas

César Augusto Giraldo G. *

RESUMEN

El autor hace un resumen de las disposiciones que trae el Código de Procedimiento Penal y las actuaciones médicas con carácter de pruebas dentro de un proceso penal. Destaca la importancia de la historia clínica como el principal documento médico de valor probatorio de pleno recibo en los procesos penales y se individualiza además algunas actuaciones médicas en casos de lesiones personales, en el estado de salud de un sindicado que presenta dolencias graves y en el diagnóstico de la embriaguez cuando esta situación tenga implicaciones dentro de un proceso penal.

En materia probatoria los actos médicos con carácter de dictamen generalmente no sufren mayores modificaciones por la misma naturaleza en la que se fundamentan los dictámenes. En Colombia, sin embargo, con regular frecuencia se improvisan normas que de alguna manera introducen modificaciones o en la forma de presentar el dictamen, o en las personas a quienes se asigna esa función.

El dictamen médico ha de ceñirse a todo lo que manda el Código de Procedimiento Penal en cuanto a pruebas, regulado en el título V, en su capítulo I sobre las generalidades de la misma; el capítulo II, que introduce algunas normas en la Inspección; el capítulo III, sobre la prueba pericial, que es la más frecuentemente actuada; el capítulo IV sobre documentos que para el caso médico

SUMMARY

The author summarizes the regulations existing in the Penal Processing Code that pertain physicians. The physician's performance in offering proofs during the course of a penal process is also discussed. Emphasis is given to the importance of the clinical history as the main medical document in a process as it is recognized by the penal processing system and is endowed with full probatory value. Individual emphasis is also given to particular medical activities that have legal implications in a penal process, such as cases of personal lesions, events in which a member of a labor union suffers from serious ailments, and the implications of alcohol abuse.

comprenden todo lo concerniente a la historia clínica. En algunas situaciones específicas, como es el caso de las lesiones personales, hay disposiciones concretas, así también en la identidad del occiso en casos de muerte violenta; suspensión de la detención por grave enfermedad, y además, a la manera de diagnóstico, la embriaguez en actos culposos.

El tratamiento de los inimputables es objeto de otro capítulo.

LA INSPECCION

Expresamente ordenada en el Artículo 262: "... EXAMEN MEDICO O CLINICO. -Para los efectos de la comprobación del hecho punible, sus circunstancias y el grado de responsabilidad del imputado, el funcionario judicial podrá ordenar que a éste le sean realizados los exámenes médicos o clínicos necesarios, los que en ningún caso podrán violar los derechos humanos fundamentales..."

* Profesor Facultad de Medicina U. de A.
Director Regional del Noroccidente - Instituto Nacional
de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Probablemente muy pocas veces será necesario el examen médico o de laboratorio para aclarar responsabilidad para comprobar un hecho punible, sus circunstancias y grado de responsabilidad del imputado. Tal vez la mayor indicación sea en las situaciones en las que el encartado pueda tener algún aparente trastorno mental, en el que procedería un examen semiológico para evaluar su orientación en tiempo y espacio, evaluación de la memoria, del afecto, del pensamiento y del raciocinio, y la toma de muestras biológicas para dosificar alguna sustancia exógena o endógena que puedan influir en su comportamiento; estas muestras biológicas deben ser sangre (con anticoagulante) y orina.

El Artículo 263: "... INTERNACION EN CENTRO HOSPITALARIO. -Cuando para la observación del estado psíquico o corporal del imputado fuere necesario que sea internado en un hospital, se ordenará por el funcionario judicial la medida, preservando siempre los derechos fundamentales. Esta decisión será notificada personalmente al agente del Ministerio Público, si lo hubiere, o en su defecto al Defensor del Pueblo. Si cualquiera de estos se opusiere, corresponderá la decisión a quien fuera competente para decidir el recurso de apelación..."

Este artículo es una ampliación de la medida anterior, por referirse específicamente a la hospitalización del imputado, que seguramente no va ser necesario en las mayorías de las oportunidades. Tal vez la única indicación sería en los casos de dependencia física de sustancias que inducen este fenómeno farmacológico, y en el cual va ser necesario observar el síndrome de la abstinencia. Es necesario advertir, sin embargo, que el hecho de ser una persona farmacodependiente de drogas que inducen habituación síquica y, o física, no lo toman en inimputables; esa persona usualmente conserva su capacidad de comprensión o determinación, si no ha llegado a un estado de sicosis exotóxica, pero puede eventualmente ser necesario someterla a un proceso de desintoxicación que no significa la cura de la farmacodependencia.

LA PRUEBA PERICIAL

En el campo de los dictámenes periciales médicos, la norma actual sigue los derroteros generales que le confieren valor a la prueba pericial. En el dictamen tiene que quedar escrita la fundamentación en la que se ha basado el perito, puesto que expresamente la norma prohíbe la sola conclusión para su admisión como prueba.

La mejor manera que el perito médico cumpla con rendir un dictamen claro, preciso, detallado, explicando

los exámenes realizados y su fundamentación biológica o instrumental, será dando cumplimiento por parte del funcionario a lo preceptuado por el Artículo 268 del Código de Procedimiento Penal que ordena un cuestionario que ha de absolver el experto.

En la etapa de la investigación las pruebas médicas legales van a ser aportadas por el sistema único de Medicina Legal a través del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, o por los peritos del Sistema Nacional de Salud que tienen la obligación de fungir como sistema alternativo de Medicina Legal (Decreto 2455 de 1986). En el caso de no tener estos organismos del Estado los expertos que se requieran para un dictamen especial, o procedimiento de laboratorio, el investigador, o el juzgador deberá echar mano de los expertos no oficiales, de acuerdo al Artículo 266 del Código de Procedimiento Penal. En esta situación al titular de la oficina medicolegal tocará explicar las limitaciones que tienen los organismos oficiales para ese dictamen específico y sugerir al funcionario de qué manera puede superarse el impasse, indicándole qué peritos no oficiales pudieran cumplir absolución del cuestionario propuesto en el dictamen.

El actual Código destaca nuevamente el concurso de los Asesores Especializados en su Artículo 257, de la siguiente manera: "... ASESORES ESPECIALIZADOS. -El funcionario judicial podrá solicitar de entidades oficiales o privadas, la designación de expertos en determinada ciencia, arte o técnica, cuando quiera que la naturaleza de los hechos que se investigan requiera de la ilustración de tales expertos.

Los asesores designados tomarán posesión como los peritos y tendrán acceso al expediente en la medida en que su función lo exija, obligándose a guardar la reserva debida.

El director de la entidad o dependencia oficial o privada cumplirá inmediatamente el requerimiento del funcionario judicial..."

El funcionario judicial puede discrecionalmente por esta norma pedir el concurso de expertos que lo asesoren, pero que no emitan pruebas de valor en el proceso, sino que sin emitir juicios probatorios ilustre al juez en el estudio del dictamen que ha rendido un perito.

Durante el juicio, las pruebas que eran reservadas en la investigación, pasan a ser públicas (Artículo 252, Decreto 2700/90).

DOCUMENTOS MEDICOS CON INSTRUMENTO DE PRUEBA

La historia clínica, el más importante de los documentos que realiza cualquier médico tiene valor probatorio en el proceso penal. La Ley 23 de 1981, conocida como Código de Ética Médica definió claramente la historia clínica en su Artículo 34 de la siguiente manera: "... La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley...".

El secreto profesional que guarda la historia clínica sólo puede ser develado en circunstancias precisas que establece la ley, y una de esas circunstancias es precisamente la que consagra el Artículo 38 de la citada Ley 23 de 1981 en su literal d.- establece, que la revelación del secreto profesional se podrá hacer: 2... d.- a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley; ...".

La historia clínica será muchas veces el mecanismo de prueba en diferentes situaciones en las que ya no se puede examinar directamente a la persona objeto de dictamen pericial, como por ejemplo en fallecimiento luego de maniobras abortivas en los que oportunamente no se ordena la diligencia de necropsia; o aún para determinar maniobras abortivas cuando han pasado semanas después de provocada la expulsión del producto de la concepción y se ha instaurado un nuevo ciclo menstrual que no permite una apreciación exacta de la implicada, por haber tenido ya regeneración de la mucosa endometrial y la cicatrización de posibles desgarros del cuello uterino, su examen clínico sólo podrá afirmar que no hay signos que indiquen un aborto reciente, así ese haya sucedido.

La historia clínica será también útil como prueba documental en situaciones en las que fallece una persona y oportunamente no se ordenó la necropsia; por haber transcurrido algún tiempo seguramente una exhumación no podría aportar en muchas oportunidades la observación de los órganos, y entonces sería necesario recurrir a la prueba documental de la historia para poder establecer las causas del deceso.

Igualmente en otras situaciones procesales que sólo producen alteraciones transitorias, pero que luego desaparecen con oportuno tratamiento, será necesario recurrir tanto al examen del implicado, como a la historia

clínica, como por ejemplo de alguien que ha sido acusado de transmitir una sífilis que tuvo diagnóstico serológico, pero recibió terapia adecuada, y es sometido a examen días después de ese tratamiento.

No es pertinente multiplicar más los ejemplos, pero indudablemente habrá situaciones en las cuales la historia clínica será la prueba documental que habrá de arribarse al proceso.

EL TESTIMONIO MEDICO

El Decreto 2700/91 en su artículo 284 excepciona de rendir testimonio, a las personas que por profesión u oficio puedan o deban guardar el secreto.

Uno de los profesionales que tiene que guardar el secreto por razón de su oficio es el médico. La Ley 23 de 1981 que codificó la Ética del médico dispuso así en su Artículo 37: "... Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales..."; sin embargo, esa misma ley dispone que el secreto profesional pueda revelarse a las autoridades judiciales. En situaciones en las que sea necesario revelar lo conocido en el secreto profesional, ese sigilo queda protegido en la etapa de investigación por la reserva sumarial, pero en la etapa del juicio, ese testimonio usado como prueba podrá ser público (Artículo 252 del C. de P.P.).

Es, pues, discrecional del juez y de los sujetos procesales mantener el secreto profesional médico en la etapa de juzgamiento, pudiéndose quebrantar en esta etapa actos privados del paciente sindicado, porque el testimonio del médico sólo podrá hacerse por actos que haya conocido con razón de su ejercicio profesional y que tengan algo que aclarar o tener fuerza probatoria con el proceso que se adelante contra un acusado que haya sido su paciente.

SITUACIONES ESPECIFICAMENTE CONSIDERADAS POR EL CODIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL

La norma que entró en vigencia el 1º de julio tiene procedimientos definidos para diferentes situaciones medicolegales, a saber: en identificación del occiso y el levantamiento del cadáver; en lesiones personales; en la suspensión de la detención por grave enfermedad; en el

diagnóstico de la embriaguez en los delitos culposos, y con respecto a los inimputables. Haremos referencia a cada una de estas situaciones.

La identificación del occiso y el procedimiento para el levantamiento del cadáver están regulados por el Artículo 335 del C. de P. P. que dispone lo siguiente: "... En caso de muerte violenta, no podrá ser movido el cuerpo ni alterada la escena de los hechos mientras la autoridad practica una inspección del cadáver y del lugar, con el fin de establecer la forma en que ocurrió la muerte y las demás circunstancias que presente.

En seguida procederá a identificarlo y ordenará que se practique la necropsia, para que se determine la causa de la muerte. Con el fin de facilitar la actuación del médico perito en todos los casos, se enviará el acta de inspección realizada conjuntamente con el cuerpo del occiso.

No se inhumará el cadáver sin que se haya realizado la correspondiente necropsia.

En caso de accidente en lugar alejado, la diligencia de identificación del occiso, cuando no fuere posible la presencia del funcionario instructor o de la Policía Judicial, se hará por cualquier funcionario público o en su defecto por cualquier ciudadano, de lo cual se levantará un acta que entregará a la autoridad competente...".

Esta disposición del C. de P. P. tiene el mejor de sus complementos en el Decreto 786/90 que reglamentó todo lo concerniente a las necropsias clínicas y medicolegales. La importancia de los procedimientos, los alcances y la señalización de deberes de los funcionarios que intervienen en una diligencia de levantamiento del cadáver, deben ser del completo dominio del funcionario de la Fiscalía que tenga a su cargo estas diligencias, que son de las más trascendentales en los casos de homicidio, o hecho que se presuman como tales; el decreto mencionado tiene consideraciones precisas sobre las indicaciones de la necropsia medicolegal; la custodia de los elementos de prueba o evidencia obtenidas en la misma; el lugar donde debe realizarse dicha actuación y aun de intervenciones sobre el cadáver en caso de obtenerse órganos para trasplantes, y también disposiciones sobre la autopsia clínica.

Estas normas deben ser conocidas en todos sus alcances por el funcionario investigador y por el perito médico que han de actuar en esa prueba pericial.

La diligencia de necropsia medicolegal, como actuación dentro de un proceso penal, es completamente

gratuita, y por ello no puede haber emolumentos. Esta observación, que parece elemental, es pertinente, porque hay lugares en Colombia donde existe la creencia errónea que el médico del Sistema Nacional de Salud, o cualquier otro médico oficial, puede cobrar honorarios por esa actuación.

LESIONES PERSONALES

Existe una disposición que ordena dar aviso a las autoridades en caso de ingreso a un hospital o clínica de personas lesionadas, que dice: "Artículo 336: "Quien en hospital, puesto de salud, clínica u otro establecimiento similar, público o particular, reciba o dé entrada a persona a la cual se le hubiese ocasionado daño en el cuerpo o la salud, dará aviso inmediatamente a la autoridad respectiva...". El incumplimiento de lo previsto en este artículo, acarreará multa de diez a cien salarios legales mínimos mensuales, decisión contra la cual procede el recurso de reposición...".

Informar del ingreso de un lesionado, no es formular una denuncia penal, ni tampoco es apartarse del secreto profesional, porque ese informe es genérico, sin que sea preciso discriminar si esas lesiones fueron dolosas, culposas, fortuitas o autoinfligidas.

En el caso de reconocimiento médico por lesiones personales el mandato del Artículo 337 es claro: dice así la norma: "... Al iniciarse la investigación por delito de lesiones personales, el funcionario ordenará de inmediato el reconocimiento médico del lesionado para determinar la naturaleza de aquellas, el instrumento con que fueron causadas y la determinación de la incapacidad medicolegal y secuelas que se generen. En todos los casos en que se requiera nuevo reconocimiento, el perito lo señalará en su dictamen indicando el momento adecuado para realizarlo y los exámenes o documentos necesarios para emitir el concepto definitivo. El funcionario competente ordenará la nueva peritación sin dilación alguna. Cuando se requiera el dictamen sobre incapacidad laboral, el funcionario aportará al perito la información sobre la actividad ocupacional del lesionado y cualquier otra que sea necesaria para rendir este tipo de dictamen. En el curso de la investigación se ordenará la práctica de tantos reconocimientos como fueren necesarios para establecer las consecuencias definitivas. Las decisiones se tomarán, con base en el último reconocimiento que obrare en la actuación procesal... En el primer dictamen que se solicite se exigirá que a la mayor brevedad posible se determine la incapacidad y las secuelas definitivas...". El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses reglamentará lo relativo al contenido del dictamen en

estos casos, para unificar los criterios de la actuación pericial.

La norma es muy clara en el contenido que ha de tener el dictamen: 1.- Determinar la naturaleza de las lesiones, que lleva implícita la descripción del examen clínico del lesionado, de la historia y de los exámenes paraclínicos; 2.- El instrumento vulnerante, que debe diferenciar entre las heridas contusas; las cortantes y las punzantes; las dejadas por proyectiles o por explosiones; las que puedan dejar los efectos físicos (frío, calor, electricidad, radiaciones ionizantes o de otro tipo, ruido); las que dejan los agentes biológicos; las que dejan las sustancias químicas; 3.- La incapacidad y las secuelas, dictaminando sobre el número de días que se demora el tejido en su reparación "ad integrum", atendiendo para el cálculo de esos días lo extenso de las lesiones y el compromiso de los elementos celulares en los órganos lesionados (células lábiles; células estables; células permanentes), así como su proceso de cicatrización por primera o segunda intención. Respecto a las secuelas, ellas se han de calificar de acuerdo a lo dispuesto por el Código Penal.

En el cálculo de la incapacidad es prudente determinar inicialmente un número de días para tasar esa incapacidad de manera provisional, porque en el proceso de cicatrización pueden suceder eventos que los prolonguen, tales como infecciones, dehiscencias de suturas, formación de hematomas, hemorragias, trombosis o de fístulas.

Cuando la incapacidad provisional se tasa en menos de 30 días, el delito investigativo requiere querrela de parte (Artículo 33 del C. de P. P.) y puede ser desistido (Artículo 34 del C. de P. P.).

El número de reconocimiento puede ser uno o más, dependiendo de la lesión. Con el fin de agilizar el proceso, el perito podrá, si es factible, tasar la incapacidad y las secuelas en el primer dictamen; sin embargo, ello no siempre es posible por las complicaciones que pudieran sobrevenir.

En los casos en los que sea además necesario rendir una incapacidad laboral, es obligación del funcionario señalarlo así al médico examinador e incluir documentación sobre la actividad laboral.

Es importante recalcar en la semejanza y en la diferencia de la incapacidad penal y laboral. En la primera, importa únicamente el tiempo requerido para que el proceso de cicatrización restituya las células lesionadas;

en la segunda importa además de la cicatrización, el trabajo que desempeña el lesionado. Veámoslo con un ejemplo: una herida de un centímetro que compromete la piel de la superficie flexora de la última falange de una persona que trabaja como operadora de audio podría ocasionarle una incapacidad de 7 días para efectos penales. Esa misma lesión en un pianista ocasionaría además una incapacidad laboral que puede estimarse en 20 días.

En las incapacidades prolongadas, cuando rebasa los 180 días del período de la cicatrización, debe proceder a cerrarse la incapacidad en esa duración, y calificar secuelas, tal como en el caso de fracturas con consolidación retardada, complicaciones osteomielíticas de fracturas, o situaciones en las que se requiera fisioterapia u otras intervenciones que aseguren la mejor reparación de los tejidos.

LOS ESTADOS DE SALUD Y LA SUSPENSIÓN DE LA DETENCIÓN PREVENTIVA

El Artículo 407 del C. de P. P. dispone que la detención preventiva se suspende en los siguientes casos: "... 1. - Cuando el sindicado fuere mayor de sesenta y cinco años, siempre que su personalidad y la naturaleza o modalidad del hecho punible hagan aconsejable la medida... 2. - Cuando a la sindicada le falten menos de dos meses para el parto o si no han transcurrido seis meses desde la fecha en que dio a luz... 3. - Cuando el sindicado sufre grave enfermedad, previo dictamen de los médicos oficiales... En estos casos, el funcionario determinará si el sindicado debe permanecer en su domicilio, en clínica u hospital, en el lugar de trabajo o de estudio. El beneficiado suscribirá un acta en la cual se compromete a permanecer en el lugar o lugares indicados, a no cambiar sin previa autorización de domicilio y a presentarse ante el mismo funcionario cuando fuere requerido... Estas obligaciones se garantizarán mediante caución... Su incumplimiento dará lugar a la revocatoria de la medida y a la pérdida de la caución..."

En el actual estatuto, el cambio novedoso lo constituye el traslado de ese dictamen al médico particular.

Las anteriores disposiciones eran celosas de este beneficio, exigiendo dictamen de los médicos legistas, y el Instituto de Medicina Legal hacía esos dictámenes en papel de seguridad, porque muchas veces trataron de ser falsificados, y eran avalados por la firma de varios peritos médicos, que tenían que seguir un derrotero de dictamen previamente determinado por la Dirección del Instituto, que con ello buscaban la máxima seguridad para la

justicia, la unificación de los criterios, y el más estricto fundamento, en la real situación de salud del encartado.

Hoy, gracias a la acción de los redactores del C. de P. P., podrá desestimarse lo estricto que era la institución médico legal, recurriendo al médico particular, que tiene intereses diferentes por tratarse de su paciente, que no tiene el debido entrenamiento en la emisión de dictámenes con fuerza probatoria, y que puede ser más fácilmente manipulado y presionado.

Vale hacer algunas anotaciones, que de pronto pueden ser útiles para el funcionario al valorar un dictamen de estado de salud: si la enfermedad ni siquiera amerita una incapacidad para trabajar, será muy difícil demostrar que ese implicado no puede permanecer detenido. Los derroteros que antaño guiaron esos conceptos eran la amenaza de agravación de la enfermedad, como consecuencia de la reclusión, de tal manera que pudiera peligrar la vida del detenido, o perderse un órgano anatómico, o de otra parte que el recluso por su enfermedad ofreciera peligro de contagio a compañeros de encierro, por ejemplo el afectado de una tuberculosis pulmonar bacilífera, es decir, que en cada oportunidad que tosiera esparciera bacilos tuberculosos, como ocurre en casos de hacinamiento, si ese recluso no podía ser aislado. No eran consideradas como graves las dolencias que podían sobrellevarse en las enfermerías de las cárceles.

El médico particular que sea requerido para ese dictamen debe tener presente que va a cumplir, así sea transitoriamente, una función pública, y si de pronto llega a afirmar algo que no puede sustentar podrá ser acusado de una falsedad o aun de prevaricato.

EL DICTAMEN DE EMBRIAGUEZ EN LOS DELITOS CULPOSOS

La embriaguez aguda ha tenido diferentes enfoques en las normas penales colombianas. El Código Penal que rigió desde 1936 hasta 1980, consideraba la comisión del delito en estado de embriaguez, como un atenuante y concedía una rebaja hasta de la tercera parte en la pena. El Código de 1980 no hace referencia a la embriaguez, ni como atenuante ni como agravante.

El procedimiento para el diagnóstico de la embriaguez también ha cambiado. En 1970 para determinar el grado de embriaguez, el Decreto 1344 hacía referencia a la clasificación de la escala internacional de Laad y Gibson, que hacía esa diferenciación, de acuerdo a las cifras de alcohol en sangre circulante, y consideraba como contravención el conducir vehículos con alcoholemias por

encima del III grado que abarcaba cifras desde 50 mgrs% de alcohol, hasta 149 mgrs%; la norma era inequitativa, pues con 50 mgrs% de alcohol en sangre, usualmente no hay embriaguez, en cambio cifras por encima de 100 mgrs% de alcohol en sangre pueden afectar la conducción adecuada de un vehículo, para efectos de la conducción de vehículos; esa disposición fue modificada por la Ley 33 de 1986 que hizo referencia al estado de embriaguez, o bajo los efectos de sustancias alucinógenas o estupefacientes.

Para los delitos culposos vino luego la Ley 2ª de 1984 que en su Artículo 45 numeral 3º prohibía la excarcelación por lesiones personales u homicidio si el imputado tenía un estado de embriaguez aguda según dictamen médico. Posteriormente el Decreto 50 de 1987 que fue el C. de P. P. que rigió hasta el 1º de julio de 1992, hacía esa prohibición en su artículo 441, si el responsable se "hallaba bajo los efectos del licor".

Hoy el Decreto 2700 de 1991 en su Artículo 397, numeral 7, ordena la detención preventiva en las lesiones culposas previstas en los Artículos 333, 334, 335 y 336 del C. Penal (lesiones con deformidad, perturbación síquica y pérdida anatómica o funcional de órganos), "cuando el sindicado en el momento de la realización del hecho se encuentre en estado de embriaguez aguda, o bajo el influjo de droga o sustancia que produzca dependencia síquica o física demostrado por dictamen técnico, o por un método paraclínico"... A su vez el Artículo 417, numeral 3 prohíbe la libertad provisional: "cuando se trata de homicidio o lesiones personales en accidente de tránsito y se compruebe que el sindicado se encontraba en el momento de la realización del hecho en estado de embriaguez aguda o intoxicación de acuerdo con experticio técnico"...

La fórmula empleada en la actualidad es más técnica que las anteriores, por permitir ese diagnóstico de embriaguez aguda, o los efectos de sustancias sicotrópicas, tanto por el dictamen médico que examina las facultades sicomotrices, como por la determinación de exámenes paraclínicos que demuestren la presencia de esas sustancias alteradoras del comportamiento y de la habilidad motriz. Son válidas, pues, para la demostración de la embriaguez aguda por alcohol el examen clínico; la determinación en sangre de los niveles de alcohol por pruebas de oxidorreducción, de cromatografía gaseosa, de inmunoanálisis, de determinación de la dehidrogenasa del alcohol, de la determinación del alcohol en el aire espirado por métodos de espectrofotometría infrarroja, la que es necesario diferenciar de los métodos colorimétricos de espirometría que se fundamentan en pruebas

colorimétricas de oxirreducción, porque estos últimos sólo tienen un valor indiciario.

En los casos de intoxicación por efectos de sico-fármacos tienen también valor el examen clínico del implicado, o los métodos de instrumentación que pueden ser cualitativos como la cromatografía en capa fina, que es un método barato de buena especificidad, aunque su sensibilidad no es muy alta; la cromatografía gaseosa; la espectrofotometría ultravioleta o infrarroja; el inmuno-análisis; algunas veces las pruebas colorimétricas o aún las cristalográficas.

En las normas actuales no hay referencia a grados de alcohol, ni a grados de embriaguez; el perito en su dictamen fundamenta los hallazgos de examen clínico, que le permiten concluir un diagnóstico de embriaguez aguda, o describe el método paraclínico o instrumental utilizado y el resultado con la sustancia encontrada.

En general, cifras de alcohol en sangre por encima de 100 mgrs% alteran la habilidad motriz, la percepción sensorial y la rapidez refleja, de tal manera que no se puede conducir adecuadamente un vehículo automotor, y constituyen para operaciones de precisión como lo es la conducción de un vehículo en estado de embriaguez aguda; cifras por encima de 50 mgrs% corresponden por lo general a estados de alicoramiento que pueden constituirse en contravención a las normas de tránsito. Cifras por debajo de 50 mgrs% no suelen generalmente en un adulto, con experiencia en conducir vehículos, alterar su habilidad, pero sí pueden ser una actuación imprudente en un adolescente o en una persona que no tiene experiencia en conducir vehículos automotores.

AUDIENCIA Y PRUEBAS PERICIALES

El Artículo 272 deja a discreción de los sujetos procesales la petición para que el juez haga comparecer a los peritos, para que conforme a **cuestionario previamente presentado**, explique los dictámenes que hayan rendido y respondan las preguntas que sean procedentes; el juez

podrá ordenar esa actuación oficiosamente.

Esta norma puede ser muy útil cuando en realidad existan dudas y se pretende aclarar algunos puntos que tienen que ver con el dictamen previamente rendidos; el cuestionario es importante, porque no va a dar lugar a preguntas capciosas, que planteadas de manera hábil tengan un buen efecto teatral. El perito debe limitarse a absolver el cuestionario propuesto por los sujetos procesales, o por el juez, reforzando el fundamento científico de lo que expresó en su experto concepto.

El Artículo 448 autoriza para que en la etapa de juzgamiento, durante la audiencia pública, se decreten pruebas. Algunas pruebas pueden ser factibles de realizar en este lapso; otras obligarán a suspender la audiencia, porque ellas pueden tardarse varios días en su proceso técnico por requerir de varias etapas, como por ejemplo, determinar manchas de sangre y su clasificación, o algunas otras pruebas de laboratorio o aún de exámenes paraclínicos. La norma da un plazo máximo de 15 días hábiles para su realización.

Como en la etapa del juicio las pruebas son públicas, sería lo ideal que esa petición de dictámenes se pudiera ordenar antes de que se programara la audiencia, para prevenir situaciones en las que el sistema medicolegal con sus peritos y equipos se encuentran colmados de trabajo, y no sea fácil desde el simple punto de vista administrativo asignar un perito para ese procedimiento, en detrimento de la propia organización y distribución del trabajo, y lo angustioso del término de 15 días para algunas situaciones, tiempo que puede ser escaso para algunas pruebas muy especializadas, o muy laboriosas por el procedimiento del método técnico utilizado.

ACTUACIONES PROCEDIMENTALES EN CASO DE INIMPUTABLES

El actual Código, como el anterior, trae normas específicas que tienen que ver con los sujetos inimputables; su análisis es objeto de otro capítulo.

Vigencia de la Ley de Ética Médica

Ramón Córdoba Palacio, M.D. *



RESUMEN

Se fundamenta la vigencia actual de la Ley sobre Normas de Ética Médica en la filosofía moral o filosofía práctica, en la imposibilidad de la persona humana de actuar sin relación con unos valores que apuntan a lo correcto o justo del quehacer humano. Se hace alusión crítica especialmente sobre algunos aspectos de la Ley 23 de 1981, tales como: la Declaración de Principios, el Juramento, de las Relaciones del Médico con el Paciente, de las Relaciones del Médico con sus Colegas, de los artículos 27 y 30 declarados inexecutable por la Honorable Corte Suprema, de la Historia Clínica y el Secreto Profesional. Por último se plantean algunas sugerencias sobre posibles reformas de dicha ley, sobre la "medicina prepagada" y la enseñanza de la Ética Médica.

Palabras clave: Bioética
Ética Médica
Ley 23 de 1981

Surgen algunos interrogantes: ¿Se justifica una ley sobre normas éticas en el momento histórico que estamos viviendo? ¿Ante el pluralismo ideológico que hoy en día se preconiza, es posible y práctico proclamar unas actuaciones como paradigmas de conducta? ¿Es posible presentar unos valores éticos como metas que inspiren la acción de los profesionales de cualquier área?

Si es verdad que la llamada postmodernidad ha puesto en entredicho todo esquema paradigmático, lo es

SUMMARY

The inforcement of the Law on Regulations of Medical Ethics is based on the principles of moral or practical philosophy as it is impossible for a human being to act disregarding those moral values that point towards to correctness or justness of human chores. Critical reference is made especially to those topics concerning Law 23 of 1981, such as the Declaration of Principles, the Oath, the Physician-patient Relationship, the Relationships of the Physician with his (hers) Colleagues, the articles 27 and 30 declared inexecutable by the Supreme Court of Justice, as well as the Clinical Record and the Professional Secret. Finally, some suggestions are offered concerning the possibility of introducing some reforms to this Law, on "pre-paid medicine" and the teaching of Medical Ethics.

Key words: Bioethics
Medical Ethics
Law 23, 1981

también que uno de los cometidos de la filosofía moral es buscar y expresar el "¿por qué debo?" obrar en una u otra forma, que dé una "razón suficiente" al actuar de la persona humana, como ser inteligente, racional, libre, responsable, trascendente, histórico, cultural, esencialmente sociable y normalmente conviviendo en sociedad. Sin esta labor autónoma de la ética renunciamos, como humanidad, a la posibilidad de una vida verdaderamente humana¹, renunciamos a los valores y elementos que distinguen al hombre, en su quehacer, del comportamiento de los animales irracionales. Como bien lo expresa Vidal² "La conciencia de su historicidad aporta al hombre el sentido del "pluralismo". ... La configuración social puede adquirir formas muy variadas y por eso no ha de ser identificada una forma determinada con la validez ética. Pero, al mismo tiempo, no se ha de creer

* Profesor Titular de Pediatría de la U. de A. y de la UPB.
Profesor Titular de Ética y de Historia de la Medicina en la UPB.
Profesor de Ética en la Facultad de Odontología del CES.
Presidente del Tribunal de Ética Médica de Antioquia.

que todas las formas culturales son éticamente válidas. La moral no puede identificarse con una forma cultural determinada, pero tampoco puede admitir todas las formas socioculturales posibles. A la moral le toca criticar y valorar la dimensión sociocultural del comportamiento humano". Igual concepto encontramos en Vidal y Santidrián³.

Es un hecho que en los momentos históricos en los cuales, por cualquier motivo, se desdibujan o se hacen poco claros los principios éticos, la promulgación de unas normas o preceptos que hagan patentes dichos principios se constituye en una necesidad para ayudar a sortear esos momentos que hacen peligrar la convivencia y el progreso verdaderamente humano de esa comunidad. Sin embargo, no siempre las determinaciones jurídicas están de acuerdo con los valores éticos: no todo lo legal es ético y esto debe tenerse presente al evaluar las normas jurídicas.

Es evidente que ninguna ley o código, por completo que parezca, puede reglamentar en forma detallada el ethos de una profesión o actividad humana. Más aún, la normatividad ética y la jurídica tienen modalidades prácticas y filosóficas tan diferentes que se ha pensado que existe algún grado de incompatibilidad entre el ordenamiento propiamente ético o de la filosofía moral, el del "deber ser", y el jurídico o del ámbito del derecho positivo.

ALGUNOS COMENTARIOS A LA LEY 23 DE 1981

He recogido en estos comentarios opiniones de mis distinguidos compañeros Magistrados del Tribunal de Ética Médica de Antioquia en los diversos períodos en los cuales he tenido el honor de pertenecer a este Tribunal.

En términos generales la Ley 23 de 1981 tiene serios vacíos en relación con la práctica diaria de la profesión que ameritan una revisión profunda de la misma. Sin pretender agotar el tema, expondré algunos de ellos.

Declaración de principios

En varias oportunidades el Honorable Tribunal Nacional ha dictaminado que los enunciados de la Declaración de Principios no pueden ser utilizados como normas legales para juzgar la conducta de un médico en los Tribunales de Ética, así: providencia del 29 de octubre de 1987, con ponencia del magistrado doctor Fernando Sánchez T. -proceso radicado en el Tribunal de Antioquia bajo el número 011-; providencia del 25 de octubre de 1990, con ponencia del magistrado doctor

Mario Bueno B. -proceso radicado en el Tribunal de Antioquia bajo el número 036-; providencia del 17 de junio de 1991, con ponencia del magistrado doctor Alejandro Posada F. -proceso radicado en el Tribunal de Antioquia bajo el número 018-.

Para mí, estos principios enmarcan en modo general, pero claramente, lo que debe ser la conducta del profesional médico y su quebrantamiento constituye casi siempre faltas significativas contra la ética en la actividad médica, un desconocimiento por parte de aquél de sus más elementales obligaciones en relación con su paciente. Respetando la opinión de los señores magistrados del Tribunal Nacional, considero que los Principios que conforman la Declaración deben elevarse a normas jurídicas por las cuales pueda y deba ser juzgada la conducta del médico en el ejercicio de la profesión.

Desde el punto de vista de la filosofía moral, de la ética, parece lógico que quien no respeta o desconoce los delineamientos generales, esenciales por así decir, de un quehacer específico, pueda considerarse debidamente preparado como profesional en dicha área. Además, el desconocimiento no es excusa para el cumplimiento correcto de las disposiciones legales, según concepto jurídico aceptado ampliamente. Insisto: las nociones enunciadas en la "Declaración de Principios", debidamente revisadas, deben ser evaluadas a normas jurídicas que permitan juzgar a los médicos en relación con ellas. (Esto se refiere al Capítulo I de la actual Ley 23 de 1981).

Del juramento

(Capítulo II, Artículo 2º). Dice así el segundo párrafo del Capítulo II, Artículo 2º: "El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente JURAMENTO MEDICO. Prometo solemnemente:" etc., y termina proclamando: "Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho".

Tradicionalmente el hombre ha jurado por alguien o por algo que lo trasciende, que reconoce como superior a él mismo. La primera norma ética autoimpuesta de que tengamos noticia, el Juramento (Hórkos⁴, llamado hipocrático, -siglo V o VI a.C.- invoca a los dioses griegos, los pone por testigos de los votos del asclepiada y pide su sanción, positiva o negativa, según sea fiel o infiel a dichos votos. El contenido ético de ese juramento sigue teniendo vigencia veinticinco siglos después de haberse proclamado y lo acoge en esencia la promesa aprobada por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, que transcribe la Ley 23 de 1981.

Es posible que el pluralismo ideológico que necesariamente tiene que aceptar una convención como la de la Asociación Médica Mundial y el giro antropocéntrico de la cultura hoy en día, hayan hecho suprimir la invocación a Dios o a los dioses de cada grupo o de cada una de las personas que asistieron a dicha convención; tampoco era práctico hacerlo en otra forma en el momento de adoptar y redactar la promesa de dicha Asociación. Sin embargo, como bien lo enseña Zubiri^{5,6}, todo ser humano, por su condición de tal, estructuralmente siente en sí la necesidad de fundamentar su existencia en un Absoluto que puede ser un Absoluto relativo o la "realidad absolutamente absoluta", es lo que él denomina religación^{5,6}.

Pero cuando uno mismo es el "absoluto relativo" por el cual se compromete a algo, cuando sólo es su palabra de honor lo que lo trasciende, ¿cómo cotejar si el cumplimiento de la promesa es adecuado o no? ¿No tiene acaso esa persona la autonomía, como "absoluto", de fijar el alcance de su "palabra de honor"? ¿Es igual el sentido de honor para todas las culturas, para todas las personas? ¿Tendrá el mismo sentido la "palabra de honor" de quien ejerce la medicina con sincero deseo de contribuir al bienestar del paciente y el de quien lo hace primordialmente por el afán de éxito social, científico o económico?

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia⁷ define honor como: "Cualidad moral que nos lleva al más severo cumplimiento de nuestros deberes respecto del prójimo y de nosotros mismos". Y como acepción a "palabra de honor": "Empeño que hace uno de su fe". En esto radica, para mí, la parte débil de la promesa: en un momento dado es la misma persona que promete la que traza el alcance de la palabra empeñada, sólo lo trasciende su palabra. Se constituye, al mismo tiempo, en jurador y en testigo.

En el mismo diccionario⁷ el significado de juramento es: "Afirmación o negación de una cosa, poniendo por testigo a Dios, o en sí mismo o en sus criaturas". Y el jurar es: "Afirmar o negar una cosa poniendo por testigo a Dios, o en sí mismo o en sus criaturas". Si se aceptan estos significados se encontrarán formas de promesa en las cuales, si no se desea invocar al absolutamente Absoluto, a Dios, se invoque a alguien o algo que trascienda a la persona que promete, que sirva de testigo y de garante del cumplimiento de lo prometido.

De las relaciones del médico con el paciente

Es importante que en el Título II, que se ocupa de la Práctica profesional, quede claramente expresado que la

obligación ética y legal del médico no es, no puede ser, siempre el éxito, el buen suceso, del proceso diagnóstico ni terapéutico, sino la honesta, idónea, diligente y oportuna atención según las circunstancias en que se encuentren el médico y el paciente. El artículo 16 de la Ley 23 de 1981 y los artículos 10, 11, 12 y 13 del Decreto Reglamentario se ocupan de "la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento", pero no hacen alusión a la falta de acierto en el diagnóstico cuando se han seguido oportunamente los pasos indicados por la más estricta ortodoxia médica y lógica.

No cabe en el ejercicio de la medicina exigir resultado de tipo matemático ya que no hay enfermedades sino enfermos, o "enfermedades en enfermos"⁸, y con frecuencia la más estricta lógica no conduce, en realidad, al éxito. Razonablemente al médico no se le puede exigir que acierte permanentemente en su labor, ni él puede prometerlo. Esto, que parece ser una verdad de Perogrullo, se ha convertido en espada de Damocles para el médico y en posibles fuentes de ingreso para otros profesionales. No se trata de encubrir la falta de idoneidad, menos aún la de solicitud y atención adecuada por parte del médico sino de defender, correctamente, la dignidad de éste y el verdadero prestigio de una profesión necesaria, imprescindible, en el desarrollo de cualquier comunidad humana.

El artículo 5º dice: "La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos" y en el numeral tercero específica, "por solicitud de terceras personas". Pienso que debe aclararse que esto es válido solamente cuando las condiciones mentales del paciente no le permiten ejercer sus decisiones con autonomía, pues en otra forma es atentar contra ésta.

De las relaciones del médico con sus colegas

De éstas se ocupa el Capítulo II del Título II y en él encontramos dos artículos, el 27 y el 30, declarados inexecutable por la Honorable Corte Suprema de Justicia, en sentencia del 19 de octubre de 1989.

En relación con el primero, el artículo 27, que eleva a norma legal el tradicional deber del médico de asistir sin cobrar honorarios al colega, a su esposa y a los parientes en primer grado de consanguinidad que dependan económicamente de éste, debo lamentar que al quedar sin vigencia legal haya permitido a muchos doctores desconocer la milenaria tradición, expresada claramente como uno de los votos del juramento hipocrático⁴, de considerar al colega como hermano, de sentirse honrado cuando él

nos elige como guardianes de su existencia o la de los suyos, cuando nos confía el cuidado de su salud. Desde entonces ha aparecido entre nosotros una costumbre que, aunque pueda ser legal, no dudo en calificarla de mezquina y antiestética, carente de una mínima elegancia, la de exigir pago con el eufemismo de "cuota de recuperación" que consigna un descuento sobre la cuota ordinaria. Es cierto que en otras latitudes no se acostumbra esa cortesía, pero también lo es que sus costumbres se rigen más por lo "legal" que por otros valores culturales e históricos. Quizás valga la pena recordar que **"honorarios"** significa lo que honra, no lo que enriquece.

Al respecto, un grupo de jóvenes alumnos, al comentar la sentencia de la Honorable Corte Suprema, opinaron que esta decisión pone a prueba la nobleza de espíritu de quien se llame médico.

En el citado artículo 27, y quiero dejarlo claramente consignado, había un gigantesco "mico", como se dice popularmente, que excluía de ese deber los "tratamientos psicoanalíticos". Pero no es el momento de extendernos sobre esto.

El Artículo 30 también daba valor legal a la exigencia ética de no desaprobar las actuaciones de los colegas con los pacientes, ni de palabra ni de otra manera. No buscaba este artículo ocultar los errores médicos del colega sino que reconocía la imposibilidad de tener siempre éxito tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y, además, la variabilidad de métodos diagnósticos y de tratamiento que pueden existir para un padecimiento dado y según el momento evolutivo en el que el profesional es consultado. Al evitar la maledicencia entre los médicos se protege la confianza en una profesión que, como se dijo antes, es indispensable para el correcto desarrollo y supervivencia de toda comunidad humana. Existen, y existían antes, maneras legales y plenamente éticas que defienden al paciente de una práctica no adecuada moral o académicamente, sin recurrir al descrédito, a la detracción, que terminan, generalmente, con difamación y aun con calumnias.

La sentencia de la Honorable Corte Suprema que declara no exequible el Artículo 30 ha dado pie para que algunos doctores usen la libertad de palabra en forma inadecuada. La sentencia que quitó valor legal a este artículo nos sirve de ejemplo para ilustrar cómo no todo lo legal es ético: actualmente se puede denigrar del colega, hasta con la intención de sustituir al médico tratante, especie de competencia desleal no sancionable hoy en día dentro de la Ley 23 de 1981, pero no puede calificarse como un procedimiento ajustado a los más

elementales criterios éticos. Denigrar, difamar, calumniar, atentan contra la dignidad de la persona humana víctima de tales actuaciones y por consiguiente son rechazados por los principios de la filosofía moral o práctica. La decisión de la Honorable Corte Suprema, en relación con este artículo, pone también a prueba la calidad moral de cada uno de los profesionales médicos, sólo que los males que se derivan para la medicina como praxis social y para quienes la ejercemos, son mucho más graves.

La historia clínica y el secreto profesional

El Capítulo III del Título II se ocupa de estos dos trascendentales temas.

En el artículo 34 se declara que la "historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente". Pero, ¿qué debe contener, como mínimo, ese registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente para ser aceptado como tal en los Tribunales de Ética? A éstos llegan historias muy completas pero llegan otras que denomino breves telegramas sin valor semiológico que, sin embargo, a la luz de lo pedido por la Ley 23 de 1981 no pueden ser rechazados como historia clínica; por ejemplo: "Simón el Bobito, 20 años. Neumonía. Antibióticos. 15 de noviembre de 1992". Se dirá que cada juez es libre de aceptar las pruebas presentadas por el implicado en la investigación, mas, ¿la anterior "historia" cumple o no con lo ordenado en el Artículo 34? No pretendo que la ley se convierta en un tratado de semiología médica sino que determine con claridad lo mínimo que ella exige en el cumplimiento de lo que ordena y que no quede al concepto más o menos estricto del magistrado de turno.

En este campo, y dada la profusión de entidades que con muy diversos criterios sobre la atención médica participan hoy del quehacer en el área de la salud, es indispensable y urgente que se determine por el legislador: primero, a quién pertenece la historia clínica; segundo, quién es el responsable de la guarda de la misma y de su adecuado manejo, para que no se constituya en elemento que pueda hacer daño al paciente ya que permite conocer de su intimidad a quien no le corresponde y, además, de cuyo contenido puede hacerse un uso inadecuado.

Es también importante que el legislador indique cuánto es el tiempo que debe conservarse la historia clínica en las instalaciones de salud y en el consultorio privado de cada médico. Al respecto no existe ninguna norma y las cifras aconsejadas obedecen a criterios personales: cinco,

diez, veinte años. Pero bien podría decidir un médico eliminar de su archivo personal las historias que en un año no hayan sido utilizadas.

A la luz de lo determinado en los artículos 34 y 37 de este capítulo, que hacen relación a la historia clínica y al sigilo o secreto profesional, surge una pregunta sobre un tema muy polémico: ¿Es ético entregar al paciente, para su guarda o para interconsultas, la historia clínica en la cual el profesional escribió la intimidad que le fue confiada, que intuyó, que comprobó, y que por la entrega queda a merced de personas que no tienen ningún derecho a conocerla y que pueden hacer mal uso de ella? Para mí no queda duda de que el médico una vez recibida o conocida la intimidad del paciente, se constituye en el primer guardián de dicha intimidad y que cualquier acción suya que exponga el secreto "confiado" o "cometido", que además pertenece al llamado "secreto natural", lo hace responsable éticamente de dicha revelación⁹. Y también lo es legalmente si se interpreta el espíritu de la ley al tenor de lo prescrito en el citado Artículo 37 y en el Artículo 36. En éste se lee: "En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos, a su reemplazante". Es el médico quien está obligado a entregarla, no el paciente. Y el Artículo 37 indica que el "médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales". Es, pues, el médico el responsable legalmente de la conservación del secreto profesional, no el paciente. El legislador debe determinar claramente lo pertinente a estos puntos tan controvertidos.

Tanto el Artículo 34, al referirse a la reserva de la historia clínica, como el 37, al indicar la obligación de guardar el secreto profesional por parte del médico, indican que dichos deberes cesan "en los casos previstos por la ley" o "contemplados por disposiciones legales", pero ni en el texto de la Ley 23 de 1981 ni en el decreto reglamentario de la misma ni en ninguna otra disposición, hasta donde me fue posible averiguar, dichos casos están señalados.

SUGERENCIAS

Desde su promulgación la Ley 23 de 1981 ha recibido críticas porque no se ocupa de aspectos significativos en el ejercicio diario de la medicina, porque en algunas determinaciones es oscura, etc. Es tiempo de que los Colegios Médicos, las Academias de Medicina, otras asociaciones y sociedades de médicos, las Facultades

de Medicina estatales y privadas, propongan y asuman las reformas que consideren pertinentes en relación con la preparación de los futuros profesionales, las exigencias que deben cumplir los médicos en la atención de sus pacientes privados o en instituciones particulares o estatales para asegurar a éstos, a los pacientes, la mejor asistencia posible, para mantener en el más alto nivel ético dicha asistencia y, al mismo tiempo, defender la dignidad de la profesión en todos y cada uno de los médicos que ejerzan con nobleza y ética su imprescindible misión.

El auge alcanzado por algunas modalidades de la atención médica reclama una pronta reglamentación. Me refiero, en primer lugar, a los grupos que conforman clínicas, consultorios, etc., y que trabajan bajo la gerencia o dirección de alguien que no es médico pero que es su representante legal. Con la actual ley, los Tribunales de Ética no pueden adelantar ninguna investigación sobre dichas instituciones y otros tribunales se ocupan, específicamente, de responsabilidad civil, penal o administrativa pero no del aspecto propiamente médico como puede hacerlo un tribunal de médicos. Considero importante que la ley consigne disposiciones claras que permitan a los Tribunales de Ética investigar y dictaminar sobre la idoneidad, oportunidad y calidad de la atención en dichas instituciones, sin perjuicio de otras sanciones que merezca su conducta.

En segundo lugar, la profusión de entidades de la llamada "medicina prepagada" con criterios francos de comercialización de la salud como un bien más de consumo, a veces con condiciones de contrato que limitan francamente el correcto y oportuno desempeño profesional del médico, que constriñen también la libertad del paciente en la búsqueda honesta de su mejor salud y por lo tanto, en mi opinión, reñidas con las más elementales normas éticas que regulan la presentación de los servicios médicos, requiere urgentemente de disposiciones legales que defiendan al paciente, su dignidad y la de la profesión, que mantenga en los usuarios de la misma la plena confianza y la seguridad de que su salud y su existencia no serán tratadas como simples "bienes de consumo". Al mismo tiempo, que pongan coto a la explotación que se hace de los profesionales médicos, pues si éstos son injustamente vejados, se desacredita su misión y se menoscaba el digno y noble ejercicio de la misma. Cabe citar aquí el numeral séptimo del artículo 1º, Declaración de Principios, de la Ley 23 de 1981, que dice: "El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca, a terceras

personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente". Merece encomio y todo el apoyo necesario el espíritu de solidaridad humana, de ayuda a los menos favorecidos económicamente, pero no el afán mercantil en la práctica de esa solidaridad.

En comunicación enviada al Tribunal Nacional de Ética Médica, el 16 de abril de 1990, los magistrados del Tribunal de Antioquia -doctores Benjamín Mejía C., Fernando Toro M., Carlos Santiago Uribe U., Alfredo Naranjo V., Rodrigo Londoño L. y Ramón Córdoba P.-, propusieron que las determinaciones legales sobre honorarios médicos sean más explícitas, que indiquen cómo deben evaluarse éstos para que no se conviertan en un medio de competencia desleal por parte del médico ni de las instituciones de salud que tampoco se presten a abusos por profesionales inescrupulosos, que diriman si es legítimo el cobro anticipado de los mismos y si el médico puede o no rechazar prestar atención no urgente al paciente que no haya cubierto oportuna y correctamente dichos honorarios. El concepto de "urgencia" no puede limitarse en este caso al quebranto de salud sino que debe tener en cuenta otras circunstancias que rodean la relación médico-paciente.

Aunque el parágrafo a) del Artículo 7º de la Ley 23 de 1981 y el del Artículo 4º del Decreto Reglamentario acepten las especialidades al determinar que el médico puede "excusarse de asistir a un enfermo o interrumpir la prestación de sus servicios" cuando el "caso no corresponda a su especialidad", no existe, exceptuando la reglamentación sobre anestesiología, ninguna norma legal al respecto, lo que ha dificultado la evaluación de la responsabilidad del profesional cuando la investigación corresponde a este tema. Es, pues, necesario que las universidades, las agremiaciones y las sociedades científicas médicas aumen esfuerzos para conseguir dicho reconocimiento y reglamentación.

ENSEÑANZA DE LA ÉTICA

Si la meta pretendida es mantener los valores que hacen respetable la medicina como actividad al servicio de la persona humana; recuperar los que se hayan desdibujado con el paso de los días; devolver a los médicos el afecto y la honra de las gentes, menguados hoy; rescatar en los pacientes la firme confianza que sentían en la acción de quien consagra su vida al bien de sus semejantes, no basta la proclamación de leyes, por justas y completas que sean. Es necesario que dichos valores se inculquen desde las aulas universitarias, en las salas hospitalarias, en los consultorios de cada profesional.

La Ley 23 de 1981, en el Artículo 47, ordena: "Es obligatoria la enseñanza de la Ética Médica en las facultades de Medicina". ¡Qué ardua e ingrata es la labor de enseñar teóricamente esta materia: su lenguaje se hizo exótico!

¿Cómo se cumple y qué significado tiene en los programas de estudios médicos la ética? Los mayores esfuerzos e intereses de las universidades, en el momento actual, son la preparación científica y técnica de sus alumnos y, en la mayoría de ellas, el sentido humano de las profesiones es casi desconocido. Para el médico esto significa la tergiversación del fundamento esencial de su quehacer.

Mientras no se produzca un cambio en la filosofía de la educación médica, mientras la ética siga siendo una materia de unas pocas horas semanales o mensuales, mientras los valores éticos no se vivan en cada situación de docencia-aprendizaje, mientras estos valores no impregnen la explicación de cada tema del programa de estudios, el éxito será esquivo.

En esta tarea es necesario que se empeñen no sólo las Facultades de Medicina, sino que tienen gran responsabilidad las agremiaciones y sociedades médicas, especialmente las Academias de Medicina y los Colegios Médicos por los propósitos mismos que fundamentan su existencia y por el merecido prestigio que acompaña a estas instituciones, sin demeritar con ello la tarea de toda otra asociación profesional.

Entre muchos de esos principios quiero, para terminar, destacar que sólo se dignifica y se honra al médico cuando dignifica y honra a su paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Cortina**, Adela. Ética mínima. Introducción a la filosofía práctica. Tercera edición. Madrid. Tecnos. 1992.
2. **Vidal**, Marciano. Moral de actitudes. Tomo I. Moral fundamental. Cuarta edición. Madrid. PS. pp. 28 y 29. 1977.
3. **Vidal**, Marciano y **Santidrián**, Pedro R. Ética Personal. Las actitudes éticas. Quinta edición. Estella (Navarra). España. p. 21. 1980.
4. **Lara Nava**, María Dolores. Juramento (Hórkos). En **García Gual**, C., **Lara Nava**, Mª D., **López Férrez**, J.A. y **Cabellos Álvarez**, B. Tratados Hipocráticos. Tomo I. Madrid. Gredos. pp. 63-83. 1983.
5. **Zubiri**, Xavier. Siete ensayos de Antropología filosófica. Bogotá. Universidad Santo Tomás. pp. 83 y 84. 1982.

6. **Zubiri**, Xavier. El hombre y Dios. Tercera edición. Madrid. Alianza Editorial. 1985.

7. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima edición. Madrid. 1984.

8. **Lain Entralgo**, Pedro. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Madrid. Revista de Occidente. p. 393. 1964.

9. **Córdoba Palacio**, Ramón. El secreto profesional médico. Medicina UPB 9: 1-27. Abril de 1990.

Fe de erratas

Estas abreviaturas es información correspondiente al tema Tuberculomas del sistema nervioso central editado en ANALES de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, época V. Vol. VI. No. 1 - Marzo de 1993.

ANEXO

Cuadro resumen

Tuberculomas del sistema nervioso central
Instituto de Patología Alfredo Correa Henao
U. de A. 1951-1991

Abreviaturas:

S.H.E.C.:	Síndrome de hipertensión endocraneana
M:	masculino
F:	femenino
s:	semana
m:	meses
a:	años
SD:	sin datos
Men:	meningitis
Art:	arteritis
ZN:	Ziehl-Neelsen
Meten:	metenamina

Recomendaciones

Rafael Villegas Arango

Vida de la Academia

Rafael Villegas Arango

Dr. Alfredo Naranjo Villegas *

En marzo del 94 se cumplirán cien años del natalicio, en Abejorral, del doctor Rafael Villegas Arango. Y el doctor Carlos Julio Henao, alma y nervio de las Brigadas Médico-Quirúrgicas, asumió el empeño de que la fecha no pase inadvertida.

La memoria de Villegas Arango, guardada reverencialmente más allá del contorno geográfico de su tierra natal, va seguida de estela de respeto, de admiración y de cariño por cuanto él representó como estudioso, como práctico, como benefactor de los menesterosos. Pero esa memoria desaparecerá con la extinción de quienes la mantuvieron. Es la lúgubre lamentación del vasco-salmantino: ¡Hasta los muertos morirán un día! Villegas Arango asimiló provechosamente su estadía en los hospitales de París y la frecuentación de uno de los más importantes centros quirúrgicos de Norteamérica: Rochester. Por eso su ejercicio profesional fue mezcla por partes iguales, de humanidad y de pragmatismo. De un natural retraído, los pocos que tuvieron acceso a su intimidad coinciden en señalar la vastedad de su cultura médica. Vivía actualizado en las últimas técnicas quirúrgicas, sin que la cuidadosa lectura de las revistas científicas lo arrebatara hasta la ceguera. De mente juvenil en la receptividad de lo novedoso, discernía, sin embargo, entre lo perdurable y lo perecedero. Intelectualmente había vivido lo bastante para gozar esa invasión de escepticismo que llega con los años y que obliga a ser precavido ante lo último que llega, ya que poco después se revalúa lo que aparentó ser la última frontera del conocimiento. En la búsqueda de la verdad, la mente transita de una cumbre a otra más alta cada vez.

Y así, por esa capacidad de discernimiento, el profesor de clínica quirúrgica en la Facultad de Medicina, sabía por qué merecía estímulo el alumno inquieto que, como él, indagaba fuera de texto. Uno de sus más connotados discípulos fue el iniciador del empleo del curare en anestesia, que Villegas Arango conocía de antemano en revista calificada de la especialidad.

No habían irrumpido aún las especialidades con su ímpetu despiadadamente restrictivo, y el beneficio de una buena atención llegaba a la choza del humilde con la misma facilidad que a la mansión del poderoso. Nuestra profesión guarda un historial ennoblecedor. Y el apelativo de apóstol enorgullecía. Lo llevó con justicia Villegas Arango, en la medida de no extremar al punto de darse sin contraprestación al pudiente, y negarse al necesitado. La cuerda se rompe al tensarla demasiado en los extremos.

En el ejercicio de sus dones quirúrgicos, no intentó jamás traspasar los límites craneanos. Por lo demás, se paseaba como experto por todas las rutas del cuerpo. No le fueron extrañas vísceras, articulaciones, huesos. Y fue uno de los más dignos representantes de aquella escuela en que fue maestro Juan B. Montoya y Flores, de la que surgirían ejemplares de la talla de Gil J. Gil, de Alfonso Castro, de Gonzalo Botero Díaz, de Ernesto Peña Quevedo, para no citar sino algunos de los desaparecidos, y sin callar, porque lo impone el deber ante la lumbre que va extinguiéndose ya, a Alberto Gómez Arango.

Perdura el eco laudatorio que estremeció a la capital antioqueña en la década de los treinta. Fue en la Policlínica Municipal de Medellín, donde Villegas Arango llevó a cabo la hazaña de suturar con prodigiosa habilidad y rapidez la herida en el corazón atravesado por una feroz puñalada. Por explicable coincidencia, como que lleva su misma sangre, décadas después Alberto Villegas reali-

* Médico cardiólogo, historiador. Miembro honorario de la Academia de Medicina de Medellín y de la Academia Antioqueña de Historia. Miembro de la Sociedad Antioqueña de Historia de la Medicina.

zaría el primer trasplante de corazón, en la misma ciudad que ahora, como antaño, hizo de la cirugía en Antioquia punto de obligada referencia.

Esta modesta remembranza no tiene más finalidad que la de convocar a los que conocieron a Villegas Arango a que mantengan vivo su recuerdo.

Declaración

La ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, en vista de que recientemente fue presentado al Senado de la República un proyecto de despenalización del aborto, renueva su firme adhesión al principio ético de sumo respeto a la vida humana desde el momento de la concepción y reconoce en la existencia humana el máximo valor, a cuya dignificación y cuidado debe aplicar el médico todos sus esfuerzos, todos sus conocimientos y toda su abnegación. Estos principios han sido proclamados desde el surgimiento mismo de la medicina hipocrática o científica y mantenidos a través de los siglos hasta nuestros días, como lo afirma la Promesa de la ASOCIACION MEDICA MUNDIAL, transcrita en la Ley 23 de 1981 y vigente actualmente.

No ignora la Academia de Medicina de Medellín las múltiples y graves dificultades que acosan a muchas mujeres colombianas en su digna función de la maternidad, pero considera que no es legalizando la supresión de vidas humanas inocentes como se presta un adecuado servicio a estas compatriotas ni se solucionan los serios problemas sociales que afectan a nuestra patria. Si se vigilan celosamente los derechos humanos a otros niveles del desarrollo humano, es una absurda contradicción negarlos a estas personas por el hecho de no haber nacido aún.

Dada en Medellín, a los 28 días del mes de abril de 1993.

Fernando Gartner Posada
Presidente

Carlos Lerma Agudelo
Secretario general

Conferencia

"Colecistectomía videolaparoscópica"

Dr. Juan Manuel Sierra J.

1. Durante la conferencia se refirió a los aspectos históricos de esta técnica en cuanto a la cirugía de la vesícula y las vías biliares con los aportes de la electrónica para iluminación, insuflación y monitoreo. Hizo mención de las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas de este moderno procedimiento.

Por medio de la presentación de un video ilustró ampliamente sobre los aspectos técnicos y finalmente presentó la casuística de su grupo con 300 casos intervenidos entre septiembre de 1991 y marzo de 1993, incluyendo 14 casos con antecedentes quirúrgicos con una morbilidad de 3.6% y un porcentaje de conversión a cirugía abierta del 1.33%.

Conferencia

"Genoma humano y cáncer"

Dr. Luis Rodolfo Gómez

Se refirió a los aspectos normales del ciclo celular hasta llegar a la promoción y progresión de los cambios genéticos que hacen aparecer los diferentes clonos. Expuso claramente los conceptos de oncogen y gen supresor y cómo la aparición de un tumor es el resultado del balance entre ellos; es menester que ocurran varias mutaciones antes de aparecer el tumor. En cuanto se refiere a la citogenética tumoral explicó cómo las altera-

ciones de los cromosomas pueden ser estructurales o numéricas; las alteraciones genéticas tienen que ver con la iniciación y la progresión tumoral. Finalmente mencionó los efectos del conocimiento de la citogenética tumoral como son: presentación de un esquema de tumorigénesis, la detección temprana, la prevención y el tratamiento. Condensó el concepto del cáncer como el resultado de la acumulación de varios cambios genéticos.