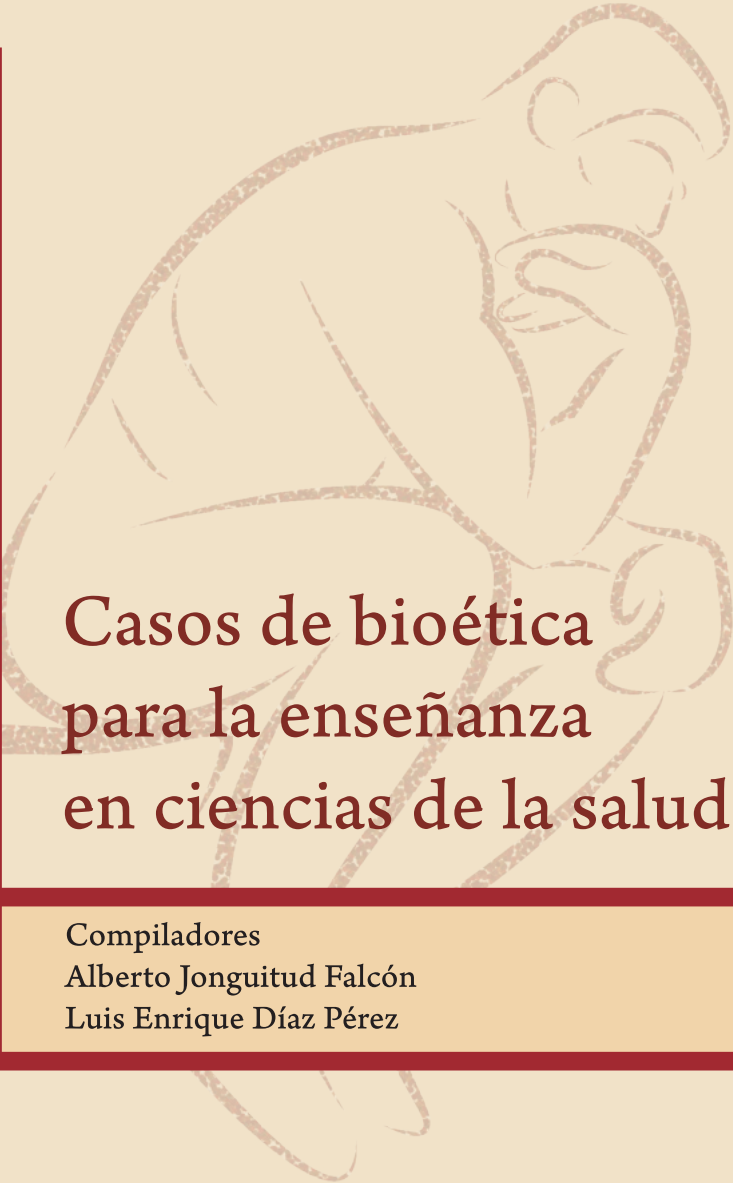




Casos de bioética para la enseñanza en ciencias de la salud

Compiladores
Alberto Jonguitud Falcón
Luis Enrique Díaz Pérez

Casos de bioética para la enseñanza en Ciencias de la Salud

Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Medicina



CONSEJO
EDITORIAL

La publicación de este libro se financió con recursos PROFOCIE 2014-2015

Casos de bioética para la enseñanza en Ciencias de la Salud

Compiladores

Alberto Jonguitud Falcón

Luis Enrique Días Pérez



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Pachuca de Soto, Hidalgo, México

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Octavio Castillo Acosta
Rector

Julio César Leines Medécigo
Secretario General

Marco Antonio Alfaro Morales
Coordinador de la División de Extensión de la Cultura

Enrique Espinosa Aquino
Director del Instituto de Ciencias de la Salud

Fondo Editorial

Asael Ortiz Lazcano
Director de Ediciones y Publicaciones

Joselito Medina Marín
Subdirector de Ediciones y Publicaciones

Primera edición electrónica: 2025

D.R. © UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Abasolo 600, Col. Centro, Pachuca de Soto, Hidalgo, México, C.P. 42000

Dirección electrónica: editor@uaeh.edu.mx

El contenido y el tratamiento de los trabajos que componen este libro son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ISBN: 978-607-482-925-9

Esta obra está autorizada bajo la licencia internacional Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada (by-nc-nd) No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas. Para ver una copia de la licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>.



Hecho en México/Printed in México

Índice

Prólogo	9
Presentación	13
Capítulo I. El método de Caso, en la enseñanza de nivel superior	21
Capítulo II. Calidad de la atención a la salud, Iatropatogenia y seguridad del paciente	39
<i>Caso 1.- Uriel, un ni-o con meningitis.</i>	39
<i>Caso 2.- ¿Y si se equivocan nuevamente.....?</i>	41
<i>Caso 3.- Si no sac- cita É ¿Venga ma-ana!</i>	43
<i>Caso 4.- El tobillo de Felipe.</i>	46
<i>Caso 5.- El paciente Ricardo.</i>	49
<i>Caso 6.- ¿Todos los discapacitados son iguales?</i>	51
<i>Caso 7.- Una cirug'a con riesgo m'nimo É</i>	52
<i>Caso 8.- Transfusi-n de concentrados plaquetarios.</i>	55
<i>Caso 9.- La paciente de traumatolog'a.</i>	58
<i>Caso 10.- Una simple biopsia.</i>	60
Capítulo III. La comunicación con el equipo de salud, pacientes y familiares.	63
<i>Caso 11.- Una cirug'a para Gabriela.</i>	63
<i>Caso 12.- Francisco, el paciente de la cama cuatro.</i>	65
<i>Caso 13.- Alimentaci-n parenteral para Juan.</i>	67
<i>Caso 14.- La autodeterminaci-n informativa:. El derecho a no saber.</i>	68
<i>Caso 15.- El servicio de Urgencias en un d'a festivo.</i>	71
<i>Caso 16.- Comunicaci-n de malas noticias.</i>	74

Capítulo IV. Problemas del comportamiento	77
<i>Caso 17.- Violencia de Género.</i>	77
<i>Caso 18.- Una madre dominante.</i>	78
<i>Caso 19.- Pedro, el alumno de primaria.</i>	80
<i>Caso 20.- El Psicólogo Escolar.</i>	82
<i>Caso 21.- Violencia: ¿Consecuencia aceptable?</i>	83
<i>Caso 22.- La señora Martha.</i>	85
<i>Caso 23.- Lo atacó con machete.</i>	87
Capítulo V. Aprendizaje de la bioética	89
<i>Caso 24.- La trágica noticia</i>	89
<i>Caso 25.- Decidir sobre otros.</i>	91
<i>Caso 26.- En redes sociales.</i>	93
Capítulo VI. Otros temas	97
1. Muerte digna	
<i>Caso 27.- Enfermedad de Menkes.</i>	97
<i>Caso 28.- Muerte digna para Lichita.</i>	100
<i>Caso 29.- La decisión de un paciente.</i>	103
2. Trasplantes	
<i>Caso 30.- Bioética y Trasplante renal.</i>	105
3. Bioética y Salud Pública	
<i>Caso 31.- Error en la aplicación de vacunas.</i>	107
<i>Caso 32.- El médico pasante y la aplicación de vacunas.</i>	110
<i>Caso 33.- ¿Equidad en la distribución de recursos para salud?</i>	113
4. Fertilidad, anticoncepción y aborto	
<i>Caso 34.- Fertilidad asistida.</i>	116
<i>Caso 35.- Anticoncepción en paciente con enfermedad mental.</i>	118

<i>Caso 36.- Vicky es una ni-a.</i>	120
<i>Caso 37.- Certidumbre fatal.</i>	123
5. Bioética y gerontología	
<i>Caso 38.- El caso de Alicia.</i>	126
6. Bioética en la investigación	
<i>Caso 39.- Bioética en la investigación científica.</i>	128
<i>Caso 40.- Una oportunidad vital.</i>	131
7. Seguridad del personal de salud	
<i>Caso 41.- Gente armada</i>	134
Los compiladores	137

Prólogo

*César Librado Gutiérrez y Samperio**

El proceso enseñanza-aprendizaje ha evolucionado de forma paralela al progreso de la ciencia y la tecnología, a lo cual la medicina no es ajena. Han ocurrido grandes cambios desde la enseñanza magistral hasta la enseñanza interactiva centrada en el alumno, en la que este es participante activo en el proceso dialéctico con el profesor y sus compañeros, lo cual le permite el análisis de los conceptos, la reflexión y asimilación de todo aquello que es de su interés y que le será útil en su formación profesional.

Lo que solo se escucha se olvida en poco tiempo; el refuerzo con imágenes relacionadas con el tema expuesto retarda el olvido, pero la aplicación de los conocimientos en el laboratorio o la práctica clínica los hace significativos y perdurables.

La identificación de los problemas, tanto en las materias básicas como en las clínicas, sumada a la investigación documental y en algunos casos experimental, permite al alumno plantear hipótesis para la solución de los problemas; de esta manera el estudiante construye su propio conocimiento y “aprende a aprender”.

La relación de la docencia y la investigación es necesaria para aumentar la

* !"#&%&#"'%()' *%+" ,) *% ' - % . ' / 01. % # ' 21 , - 34 (1# ' - % ' 5 * (1 , ' 26 . (1 , - , ' 7 ' 8 (# 3 * (1 , ' - % . , ' 9) (: % " & (- , - ' Autónoma del Estado de Querétaro (UAEQ).

precisión de los conceptos así como para detectar las causas de los problemas, su aplicación en el diagnóstico y el tratamiento, lo que hará más racional el ejercicio profesional.

En el método Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), utilizado con éxito en la Universidad de McMaster, el maestro coordina el estudio y discusión de casos problema en pequeños grupos. En lugar de responder a las preguntas de los alumnos, los orienta en la investigación para encontrar la respuesta, o bien, sugiere nuevas interrogantes que ayuden a la solución del caso. En muchas universidades no se han obtenido los mismos resultados, posiblemente por falta de interés o capacitación de los tutores, cuyo trabajo es más arduo que en la enseñanza tradicional.

La integración horizontal y vertical de los conocimientos de las asignaturas del currículo da lugar al programa Integración Basada en Problemas (IBP), en el que la secuencia lógica de los conocimientos los hace más significativos.

Un aspecto fundamental de la enseñanza de la medicina es la relación médico-paciente, ya sea durante el interrogatorio, la exploración física o la realización de diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos, durante los cuales debe prevalecer un respeto irrestricto a los derechos, privacidad y dignidad del enfermo.

El incremento en el número de estudiantes de medicina disminuye las posibilidades de práctica y aprendizaje, por lo que se han implementado los simuladores clínicos como una buena alternativa, los cuales van desde la discusión de casos ficticios en el aula hasta el manejo de casos interactivos en la computadora, o bien, el uso de los simuladores más sofisticados.

En el proceso enseñanza-aprendizaje en medicina, una ciencia de incertidumbre que se fundamenta en las ciencias básicas y en las ciencias humanistas, debemos

considerar dos aspectos primordiales: la ética de la enseñanza y la enseñanza de la bioética.

La ética de la enseñanza está relacionada con la capacitación del maestro que imparte la materia, la responsabilidad al planear y preparar las clases, su puntualidad y equidad en la evaluación, el respeto a los alumnos y al enfermo para mantener la relación médico-paciente-estudiante dentro de los cánones de la ética. También, es importante la ética de los alumnos, su compromiso con el estudio y con su capacitación profesional, que en el futuro les permitirá atender adecuadamente a sus pacientes, maestros, compañeros y, sobre todo, a sí mismos.

La bioética, como aplicación de los preceptos morales en la relación con los seres vivos que se extiende al cuidado y preservación del medio ambiente así como a la regulación de los avances científicos y tecnológicos para que no se vuelvan contra el hombre, es parte esencial de la buena práctica médica. Su enseñanza no es sencilla. Desde luego se deben tener conocimientos sobre las teorías filosóficas que le dan sustento:

- Principialista: preconiza los principios. Beneficencia, no maleficencia; autonomía y justicia.
- Personalista: basada en el respeto a la dignidad de la persona.
- Utilitarista o Pragmática: aceptable cuando el beneficio es para el paciente.

Estas corrientes filosóficas no se contraponen; se complementan. En ellas se deben tomar en cuenta conceptos como valores, axiología, la verdad y la mentira, el fin y los medios, derechos y obligaciones tanto del enfermo como de los integrantes del equipo de salud.

La enseñanza de la bioética no es sencilla. Las conferencias en el aula o congresos no son suficientes. Lo que se dice debe ser congruente con lo que se hace en la práctica clínica y la atención de los enfermos; la bioética se enseña con el ejemplo. Una buena estrategia es la enseñanza interactiva y participativa en la que, siguiendo el modelo de ABP e IBP, se analizan y discuten en pequeños grupos casos con dilemas bioéticos en los que se debe identificar el problema, analizarlo, reflexionar sobre sus posibles repercusiones y soluciones para que con los conocimientos teóricos, como el marco de referencia, se pueda emitir la mejor recomendación para su posible solución.

Casos de bioética para la enseñanza en ciencias de la salud proporciona un valioso material didáctico a los maestros y tutores de esta disciplina, aunque su lectura será útil y agradable para todo el personal de salud. Su repercusión en la enseñanza depende mucho de la participación de los tutores al motivar a los alumnos a la reflexión y la discusión abierta en un ámbito científico de libertad y respeto. Si el caso lo amerita, la enseñanza puede complementarse con otras actividades como revisión bibliográfica, elaboración de ensayos y sociodramas sobre los casos discutidos.

La publicación de esta primera edición es una actividad encomiable. Con toda seguridad, en un futuro los casos se depurarán, uniformarán y mejorarán hasta convertir a esta obra en un punto de referencia y un material didáctico indispensable en la enseñanza de la bioética. Felicito a los autores, al Área Académica de Medicina y a la Universidad Autónoma del Estado Hidalgo por la motivación y el esfuerzo que se ha visto coronado por este logro, elementos que deben ser continuos y siempre ascendentes con el fin de mejorar cada vez más la calidad de este libro, su aplicación y difusión en otras facultades y escuelas de medicina.

Presentación

Esta obra es producto de la Cátedra Patrimonial de Bioética Dr. Guillermo Soberón Acevedo, proyecto singular de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo que surgió por iniciativa del rector Humberto A. Veras Godoy y cristalizó en el Instituto de Ciencias de la Salud (ICSa) con la participación muchos miembros de la comunidad universitaria, coordinados eficazmente por la doctora Graciela Nava Chapa y que ha tenido ya cuatro ediciones en las que los compiladores han participado como asistentes y expositores en sesiones y talleres.

Fue en la edición de 2012 cuando la doctora Dafna Feinholz, en uno de los talleres que condujo, hizo referencia al Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO, el cual tiene como objetivo presentar los principios bioéticos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos a los estudiantes universitarios de los países que integran esta organización, tomando en cuenta que muchas universidades de distintas naciones carecen de formación en bioética, por lo que dicho bosquejo puede funcionar como incentivo para que introduzcan este tipo de formación.

En el programa se establece que sus contenidos se basan en los principios adoptados por la organización internacional y, por lo tanto, no impone un modelo ni una visión determinados de la bioética, sino que se limita a articular principios éticos compartidos por los expertos científicos, los responsables de la formulación

de políticas y los profesionales de la salud procedentes de diferentes países y de los distintos contextos culturales, históricos y religiosos.

Desde entonces, conocimos el programa y lo implementamos en grupos de segundo semestre de la carrera de Médico Cirujano, a quienes se imparte la asignatura de Introducción a la Bioética. También, hemos probado su utilidad con estudiantes del octavo semestre en la materia de Ética Médica, y en grupos de maestría en asignaturas afines.

Entre otras cosas, el programa incluye lo que ahí se denomina “Un Modelo Ético de Razonamiento”, que viene a ser una metodología para analizar situaciones con un trasfondo ético y se describe brevemente en este trabajo.

Aplicando esta metodología, en compañía de los estudiantes nos dimos a la tarea de buscar casos para realizar ejercicios y con frecuencia encontramos algunos muy ilustrativos, pero fueron formulados en contextos sociales diferentes a nuestro entorno local, regional y nacional.

El interés de contar con casos mucho más cercanos a nosotros que nos permitan ejercitar las metodologías de análisis de caso nos llevó a planear la realización de esta obra, propuesta aceptada y que con la colaboración de las distintas academias de Ética, Bioética y afines de las licenciaturas del ICSa, así como del Comité de Bioética del mismo instituto, fuimos definiendo como proyecto editorial.

Mediante una convocatoria abierta invitamos a la comunidad del ICSa y a estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en general a participar en el proyecto mediante la redacción de casos que pudieran integrarse. Después de un trabajo de selección y algunos ajustes a los textos originales -para que no haya datos que identifiquen personas, lugares, ni unidades de atención a la salud, públicas o privadas-, en este libro se integran los casos obtenidos.

Como se expone más adelante, no pretendemos promover un método de

análisis en particular, pero sí un conjunto de diversas situaciones cercanas a nuestra realidad social para ejercitar el análisis y la toma de decisiones en el campo de la bioética, tomando en cuenta que los casos son escenarios de simulación con virtudes conocidas y probadas en la enseñanza superior.

El Capítulo 1 “El método de caso en la enseñanza de nivel superior” sirve de encuadre a esta obra colectiva. Aquí se encuentra desde el significado de la palabra “caso”, pasando por el concepto “método de caso” y algunos referentes históricos; sus usos como técnica de aprendizaje activa que, puesta en práctica en el campo de las humanidades, permite acceder al conocimiento de la naturaleza humana, la aplicación de conceptos, el desarrollo de habilidades y, de manera muy importante, genera aprendizaje de largo plazo. El capítulo incluye una sección para explicar y brindar elementos sobre cómo discutir los casos y concluye con un método ético de razonamiento propuesto por la UNESCO, el cual es una metodología con amplia difusión internacional.

En los capítulos subsecuentes los lectores encontrarán los diversos casos que componen esta obra colectiva, agrupados bajo una temática flexible en la que no necesariamente podrían estar de acuerdo de forma unánime, porque al estar basados en casos reales, pueden mostrar varias aristas y diversificar las formas de clasificarlos.

El Capítulo 2 “Calidad de la atención a la salud, iatropatogenia y seguridad del paciente” es el que presenta mayor número de narraciones. Estos temas, sin duda, son los que más a menudo presentan una problemática en el plano bioético; los diez casos que aquí se presentan ofrecen una diversidad de situaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, las modalidades de acceder a ellos y los comportamientos frecuentes por parte de los prestadores y usuarios de los mismos.

Por lo que corresponde al Capítulo 3 “La comunicación con el equipo de salud, pacientes y familiares”, está integrado por seis casos en los que el común denominador es la comunicación humana en el plano de la atención a la salud, una temática matizada por infinidad de factores emocionales, culturales, técnicos, etcétera. Los casos que se presentan nos demuestran cuán difícil es comunicarnos, aun entre los pares profesionales.

Los siete casos que integran el Capítulo 4 “Aprendizaje de la bioética” se refieren a problemas del comportamiento, lo cual no es nada extraño, ya que los profesionales de la salud mental y los servicios que ofrecen a la población en general, inclusive insuficientes, son cada vez más numerosos y, en consecuencia, es de esperarse que en ese campo ocurran con frecuencia situaciones con un trasfondo bioético.

En el Capítulo 5 “Aprendizaje de la bioética” los tres casos que lo integran tienen como eje conductor la instrucción de la ética profesional.

Finalmente, en el Capítulo 6 “Otros temas” existe un conjunto de quince casos que abordan diversas situaciones entre las que se encuentran: muerte digna, trasplantes, salud pública, salud reproductiva, gerontología, investigación y la seguridad del personal de salud, tema emergente.

Esta obra reúne 41 casos en los que diversos profesionales de la salud: médicos, enfermeras, odontólogos y psicólogos, entre otros, hilvanan su actividad profesional con momentos trascendentes de la vida de hombres y mujeres de diferentes edades y condición social que tienen en común experimentar en carne propia, o muy de cerca, el dolor, la incertidumbre, la angustia de la enfermedad, lo impagable de los tratamientos, lo inexorable de la muerte, la impotencia ante el lenguaje extraño de los profesionales de la salud y más circunstancias susceptibles de analizar desde una perspectiva bioética.

Esperamos que los casos que integran este libro resulten de utilidad para la enseñanza de la bioética mediante la metodología que los docentes encuentren más conveniente. Nuestro más alto propósito es que profesores y estudiantes encuentren en ellos la ocasión de analizar, reflexionar y aprender acerca de los comportamientos humanos en su relación con la vida, la salud y que puedan discernir entre los que son éticamente aceptables y aquellos otros que no lo son, todo en congruencia con la misión de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, que expresa que la formación integral, el espíritu emprendedor y el compromiso del estudiante con la sociedad son la prioridad.

Ellos los escribieron

Esta es una obra colectiva en la que los participantes enviaron sus casos atendiendo a una convocatoria abierta a estudiantes y profesionales en ciencias de la salud.

Entre los requisitos para contribuir a la conformación de este libro, se especificó que los casos podrían ser reales o ficticios y que se evitara en todo momento incluir los nombres de personas físicas o morales, fechas, lugares o cualquier otro dato que pudiera servir para identificar a los protagonistas de las historias narradas. Con el mismo fin de asegurar el anonimato en las narraciones, no se registraron los autores en los correspondientes artículos.

Los nombres de los participantes se muestran en la siguiente lista y por orden alfabético. A todos ellos les expresamos nuestro reconocimiento por compartir generosamente experiencias que pueden servir para la formación de otros profesionistas en ciencias de la salud:

1. Ana Guadalupe Olvera Arellano
2. Ana Hilda Figueroa Gutiérrez
3. Claudia Solano Pérez
4. Claudia Atala Trejo García
5. Erika López López
6. Eva María Molina Trinidad
7. Fernando Chimal Cázares
8. Gloria Vargas Sánchez
9. Graciela Nava Chapa
10. Guille Magaly Maqueda Meneses
11. Iram Alejandro Islas Pérez
12. Iris Cristina López Santillán
13. Jesús Adrián Figueroa Hernández
14. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma
15. Josefina Reynoso Vásquez
16. Juan Carlos Paz Bautista
17. Katia Lizeth Arista González
18. Luis Alberto Ávila Vite
19. Luis Enrique Díaz Pérez
20. María del Rosario Nava Hernández
21. María Eugenia Soto Cázares
22. María Guadalupe Ramírez Rojas
23. María Teresa Sosa Lozada
24. Mariana Valdez Aguilar
25. Mario Joaquín López Carbajal
26. Michell Flores Arteaga

27. Nidia Irais Moreno Vargas
28. Noé Chapa Gutiérrez
29. Nora Elena Sosa Bermúdez
30. Pedro Álvarez Cervantes
31. Raúl Vieyra Arredondo
32. Reyna Cristina Jiménez Sánchez
33. Ricardo Mauricio Ortega Medina
34. Rosa Thania Díaz Batalla
35. Rosario Barrera Gálvez
36. Stephany Thamara Noriega Muro
37. Sandra Yasmín Cortez Asencio
38. Sergio Raúl Salinas Salazar
39. Zulema Goretti Velasco Ortiz

Capítulo I

El método de caso en la enseñanza de nivel superior

ÒParŹceme, Sancho, que no hay refr:n que no sea verdadero, porque todos son sentencias sacadas de la mesma experiencia, madre de las ciencias todas É Ó

Miguel de Cervantes Saavedra

El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha

¿Qué es un caso?

La Real Academia Española de la Lengua ofrece diez significados de la palabra ‘caso’, lo que deja ver que se trata de un término con una rica carga conceptual. Entre esos diez recuperamos los siguientes: suceso, acontecimiento; asunto de que se trata o que se propone para consultar a alguien y pedirle su dictamen; relato popular de una situación, real o ficticia, que se ofrece como ejemplo.

Entonces, al hablar de “caso” nos referimos a sucesos, acontecimientos que configuran asuntos que vienen a caracterizar una situación que se relata, que es descrita por unos y se propone a otros para hacer una consulta o pedirle un dictamen, es decir, que hagan un juicio de valor sobre esos acontecimientos que, además, pueden haber ocurrido o no en la realidad. Lo importante es que,

al tratarse de situaciones comunes o extraordinarias, sirven como ejemplo y al analizarse objetivamente, constituyen un medio para la enseñanza.

¿Qué es el método de caso?

Se reconoce que el estudio de caso está diseñado para disponer de un cúmulo de experiencias a través de las cuales sea posible reforzar el aprendizaje mediante aproximaciones muy cercanas a la realidad.

En 1870, Christopher Columbus Langdell, profesor de la Universidad de Harvard, empezó a enseñar leyes haciendo que los estudiantes leyeran “casos” en lugar de leer libros de texto. Hacia 1914, el “estudio de caso” se formalizó como método de enseñanza en el programa de Derecho bajo el término *Case System*. El método pretendía que los alumnos buscaran la solución a una historia concreta y la defendieran. En la actualidad, el método de caso se ha expandido no solo a otras disciplinas, sino también a casi todo el mundo y se le considera una auténtica forma de simulación de una realidad histórica mediante el lenguaje. En la medicina el método ha encontrado un medio muy fértil para su naturalización.

Su historia en la enseñanza es larga. Si se considera a la palabra ‘caso’ en su sentido amplio, se puede afirmar que en la educación siempre se ha utilizado como ejemplo o problema práctico. La casuística, por ejemplo, típica de la filosofía escolástica medieval, no es sino la aplicación del caso para resolver problemas morales o religiosos.

El método de caso se perfecciona con la asimilación del *role playing* y del sociodrama, otras dos técnicas de enseñanza las cuales consisten, en pocas palabras, en representar o dramatizar una situación problemática concreta de la vida real, es decir, la representación de las situaciones que plantean los casos.

En este modelo de enseñanza se identifican al menos tres principios didácticos:

1. Aprendizaje a partir de descripciones de la práctica: los aprendizajes se producen analizando descripciones de circunstancias complejas y ejemplos de la actualidad, las cuales fueron elaboradas para este propósito.
2. Aprendizaje en la solución de problemas: los aprendizajes surgen de los ejemplos de alternativas de decisión abiertas que se construyen con los elementos del caso (libre de la responsabilidad de los efectos de las decisiones).
3. Aprendizaje sin objetivos explícitos: es decir, está motivado por las características del caso, pero cada alumno puede explorar aspectos de interés personal.

Debido a que en la práctica estos principios no son excluyentes, afloran cada vez que un grupo de personas o una en particular analizan un caso y difícilmente uno de estos principios se muestra en forma exclusiva y pura.

Aunque el instructor conozca hasta el mínimo detalle del caso que presenta a los estudiantes y lo haya seleccionado o diseñado para un aprendizaje en concreto, no podrá evitar que las circunstancias que describe, una vez percibidas por quienes lo analizan, abran una multiplicidad de enfoques y surjan alternativas de respuesta no pensadas con anterioridad; de igual manera, resultará inevitable que surjan cursos y objetivos que no fueron inicialmente planteados.

El estudio de casos consiste precisamente en proporcionar información, describir situaciones y problemas propios de la vida real susceptibles de ser estudiados, aunque la historia narrada sea ficticia. La realidad que presenta un caso, con sus problemas sin que quienes lo analizan formen parte de ella, permite

verlos desde una perspectiva analítica, razonada, sin involucramiento emotivo y en todas sus partes o componentes, lo que no sucede cuando se está inmerso en él y corre riesgos la objetividad. De esta manera, se pretende entrenar a los alumnos en la generación de soluciones para que en un futuro, cuando les toque vivir esas situaciones, ya tengan referentes y la situación no les tome completamente por sorpresa.

Los casos refieren situaciones de personas, familias y grupos en su entorno natural y por ello, el análisis de caso es una auténtica estrategia que enseña a vivir en sociedad y en entornos sociales específicos.

Los casos no proporcionan respuestas sino datos concretos para reflexionar, analizar y discutir en grupo las posibles salidas que se pueden encontrar a cierto problema. No ofrecen las soluciones a los estudiantes, los entrena para generarlas, les lleva a pensar y a contrastar sus conclusiones con las conclusiones de otros, a aceptarlas y expresar las propias sugerencias, de esta manera, se les entrena en el trabajo colaborativo y en la toma de decisiones en equipo. Al llevar a los alumnos a la generación de alternativas de solución, les permite desarrollar habilidades creativas y la capacidad de innovación, lo que representa el recurso más efectivo para conectar la teoría con la práctica.

El método de caso es una técnica de aprendizaje activa, centrada en la investigación sobre un problema real y específico que ayuda a los estudiantes a adquirir las bases para un estudio inductivo; parte de la definición de situaciones específicas para advertir todo el contexto, reconocer sus variables, analizarlo y comprenderlo.

Asopa y Beve definen el método de caso como un plan de aprendizaje basado en la participación activa, cooperativa y en el diálogo democrático de los estudiantes sobre una situación real. En esta definición se destacan tres

dimensiones fundamentales: el papel activo de los estudiantes, la disposición para cooperar y el diálogo como base imprescindible para llegar a consensos y decisiones conjuntas.

El método de caso desarrolla en los participantes un amplio conocimiento de la naturaleza humana y de su comportamiento en contextos definidos con la característica de desarrollar gradualmente la capacidad de comunicarse.

El análisis y resolución de casos puede contribuir con mucho al desarrollo de las habilidades del ser humano en la medida que vincula al participante con hechos reales y le permiten desarrollar su propio análisis proponiendo las soluciones que considere adecuadas.

El método de caso aporta muchos beneficios a la enseñanza, estos son algunos de ellos:

- Facilita la aplicación de conceptos teóricos y técnicos probados en la vida real.
- Crea escenarios infinitos que solo en el transcurso de mucho tiempo podrían verse en la realidad.
- Desarrolla habilidades tanto para resolver problemas como para tomar decisiones.
- Fomenta la participación activa y favorece el desarrollo de habilidades de comunicación.
- Replica situaciones críticas, de riesgo o incertidumbre, como ocurren en la realidad.
- Deposita en los participantes la responsabilidad de su propio aprendizaje de forma motivadora y creativa.
- Genera aprendizaje de largo plazo.

- Favorece que los estudiantes trabajen individualmente y luego contrasten sus reflexiones con sus compañeros, desarrollando un compromiso y un aprendizaje significativo.
- Aumenta la motivación hacia el tema de estudio, mejorando también su autoestima y la seguridad en uno mismo, los estudiantes son los verdaderos protagonistas de su aprendizaje. Se centra en el razonamiento de los alumnos y en su capacidad de estructurar el problema y el trabajo para lograr múltiples posibilidades de solución.
- No hay una única respuesta correcta.

Desde luego, utilizar esta técnica requiere una mayor inversión de esfuerzo y dedicación por parte del docente y del alumnado en relación con los métodos de enseñanza y aprendizaje tradicionales, esto se debe a que algunas veces las respuestas coinciden, otras ofrecen caminos diferentes y no es raro que lleguen a ser opuestos ya que aplicar criterios éticos a la vida diaria no es cuestión de recetas ni de soluciones únicas.

Los objetivos de esta técnica de acuerdo con la Universidad Politécnica de Valencia (2006) son:

- Formar futuros profesionales capaces de encontrar para cada problema particular la solución experta, personal y adaptada al contexto social, humano y jurídico dado. Una situación problema desemboca en el análisis y solución única; dependiendo del momento histórico y el lugar en que ocurra la misma situación, tendrá una solución diferente.
- Trabajar desde un enfoque profesional los problemas de un dominio determinado. El enfoque profesional parte de un problema real con sus

elementos de confusión, a veces contradictorios, tal como ocurre en la realidad.

- Crear contextos de aprendizaje que faciliten la construcción del conocimiento y favorezcan la verbalización, explicitación, el contraste y la reelaboración de las ideas y de los conocimientos.

El método de caso, con todas sus características, da a estudiantes y profesores la posibilidad de ejercer roles bien diferenciados que pueden describirse brevemente de la siguiente manera:

- Rol del estudiante: en este modelo didáctico los estudiantes adoptan el rol de un personaje real (actor o afectado en el caso), o con mayor frecuencia, del juzgador, emisor de juicios de valor y tomador de decisiones. Es muy importante que sean conscientes de la responsabilidad que recae en ellos, de esa manera su interiorización no será superficial sino profunda en la resolución del caso. Evidentemente, los alumnos deben haber recibido previamente una información vasta en el campo del cual proviene el ejemplo del caso.
- Rol del profesor o facilitador: los profesores no siempre son los autores de los casos ni es preciso que lo sean. Los autores vienen a ser como expertos individuales en el ámbito respectivo o en conjunto con otros expertos. Los estudios de casos exigen organizadores externos (del tiempo y el espacio) o coordinadores que asignen o exijan el tipo de tareas y trabajos, proporcionan materiales para el caso, introduzcan al alumno en el estudio de casos y lo orienten en la obtención de la información de fondo, que den apoyo en la planificación del tiempo y el espacio y si es necesario, que participen en las discusiones y puedan actuar como moderadores de las mismas.

¿Cómo se discuten los casos?

No existen formas únicas de discutir un caso para presentar resultados del análisis, proponer soluciones o en suma, resolver el caso; así como no hay una sola respuesta válida y exclusiva. En este sentido, el método de caso debe tener la sencillez de una llave: la riqueza se encuentra detrás de la puerta que abre.

En general, hay coincidencias en las diferentes formas de analizar un caso, tales como:

- Enumeración de los hechos: en esta fase se establecen hechos con miras a establecer principios de subordinación o causalidad y definir el problema.
- Identificación y presentación de las alternativas: aquí interviene claramente la imaginación creadora para la búsqueda de opciones.
- Valoración, comparación y evaluación de alternativas: evaluación de las tesis y confrontación de los diferentes puntos de vista.
- Selección de la mejor alternativa: en esta fase no necesariamente se debe llegar a una decisión final.

Durante el análisis de caso, el profesor tiene tres herramientas para mantener la productividad de la discusión:

- Formular preguntas validas e inteligentes.
- Volver a exponer o construir lo que se ha planteado.
- Expresar sus propias opiniones motivando a los estudiantes para que generen nuevas preguntas.

Martínez y Musitu (1995) proponen los diez pasos siguientes:

1. Estudiar el caso planteado situándolo dentro del contexto específico en el que tiene lugar.
2. Analizar el caso desde distintas perspectivas tratando de señalar las principales variables que describen la situación planteada.
3. Identificar la información adicional que se requiere para conocer el caso en profundidad e indicar los principales datos que será necesario recabar.
4. Detectar los puntos fuertes y débiles de la situación, así como las interacciones que se producen entre ellos, los roles más significativos, los planteamientos teóricos e ideológicos desde los que se esbozan las intervenciones que entran en juego en el caso. Finalmente, partiendo de estas consideraciones, enumerar los problemas planteados estableciendo una jerarquía en razón de su importancia o urgencia.
5. Estudiar separadamente cada uno de los problemas describiendo los principales cambios que es preciso llevar a cabo en cada situación para solucionar los que hayan sido seleccionados.
6. Generar diversas alternativas de acción para abordar cada uno de los cambios.
7. Estudiar los pros y contras de cada una y establecer un proceso de selección hasta llegar a un par de decisiones alternativas, eligiendo la que presente mayor coherencia con los fines establecidos, sea factible y conlleve el menor número de dificultades y efectos negativos.
8. Implementar la decisión tomada señalando las estrategias y recursos necesarios para llevarla a cabo.

9. Determinar el procedimiento con el que se llevará a cabo la evaluación de la decisión adoptada y sus efectos.
10. Reflexionar sobre los temas teóricos que plantea el caso presentado.

Según M. Dolors Millán la adopción de la estrategia del estudio de caso se optimizará si se consideran los pasos siguientes:

1. Explicitación por parte del profesorado: el profesorado presentará al grupo el estudio de caso como estrategia de formación. Explicará los pasos propios del proceder didáctico ORA (Observar, Reflexionar, Aplicar). Puede completar la información con la explicación teórica del estudio de caso. Incidirá en la definición, los criterios de clasificación, aspectos formativos, campos de aplicación, metodología de análisis, fases de discusión y en los criterios de elaboración. Después de esta explicación introductoria se entregará a cada alumno o grupo el caso concreto.
2. Lectura individual o en grupo del texto: los participantes llevarán a cabo una toma de contacto con el caso (lectura, proyección o audición). Esta fase preliminar puede hacerse de manera individual o en grupo, en casa o en la clase, según las circunstancias.
3. Discusión en pequeños grupos: se aplicará la metodología de análisis de casos y se elaborará una propuesta. Su estudio puede comportar varias sesiones de clase e incluso semanas de trabajo. En realidad, si se quiere trabajar en profundidad y rigor, es posible que el grupo necesite buscar información complementaria para poder elaborar una propuesta.
4. Presentación de las ideas básicas de cada grupo: cada grupo expone en clase el análisis realizado. Es aconsejable poner en común cada fase o paso.

5. El profesorado presenta las aportaciones básicas de cada grupo: actuará como moderador y aportará nuevas cuestiones que enriquezcan la reflexión.
6. Dramatización del contenido del caso: se especificarán las personas que han de intervenir y el papel que juega cada una de ellas. Una vez realizada la dramatización, se pondrán en común las ideas pedagógicas y didácticas que han elaborado los observadores.
7. Propuesta de nuevos casos: para poder considerar el estudio de casos como una estrategia de formación tiene que ser utilizado con frecuencia, incluso puede ser manejado como única metodología de formación. Es recomendable disponer de una “casoteca” que abarque las temáticas propias de la didáctica.

Aprendizaje Basado en Problemas (ABP)

Una estrategia utilizada para la enseñanza de la medicina y de otras disciplinas de la salud es el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el cual tiene como base el análisis de casos y está centrado en el alumno y el aprendizaje autodirigido donde el tutor es un facilitador y evaluador del mismo.

En el proceso se integran grupos pequeños de alumnos, se da lectura al caso y se identifican palabras clave, problemas e hipótesis, así como los temas de estudio para abordarlos. En sesiones subsecuentes se presentarán los resultados de la investigación bibliográfica, la cual se inició con los libros de texto, después con revistas y fuentes electrónicas; es posible que se rediseñen las hipótesis y se requiera volver a la investigación.

Los casos tienen la característica de ser breves y concretos, reales o ficticios y serán elaborados por los tutores, quienes delimitarán los objetivos, ya sea para

las ciencias básicas, fisiología, diagnóstico, tratamiento, aspectos psicosociales o éticos. De acuerdo con el ciclo escolar que corresponda, se explorarán conocimientos de semestres previos y del semestre en curso. La evaluación debe considerar indicadores que contemplen la habilidad para identificar problemas y diseñar hipótesis, la búsqueda bibliográfica, las conclusiones, el trabajo en equipo y la actitud de los alumnos.

La ventaja de trabajar con esta estrategia es situar al alumno en los problemas que se encontrará en la práctica profesional y favorecer el análisis de la información en la construcción del juicio clínico.

Un método ético de razonamiento

El campo de la ética es teórico y práctico al mismo tiempo. El hecho de que la ética y la bioética hagan referencia a deberes y valores, y no a objetos ni procesos orgánicos, no quiere decir que se trate de un campo subjetivo en el que cada quien ponga sus propias normas. Un objetivo fundamental de la ética es facilitar la toma de decisiones correctas y que podamos contar con referentes comunes para que, admitiendo variaciones posibles, logremos estar de acuerdo en lo esencial respecto a lo éticamente correcto o incorrecto. Por eso, es fundamental el método de caso en la enseñanza de la bioética y sus aproximaciones a la realidad.

Este trabajo no pretende definir y promover un método de análisis de caso en particular, pero sí reconocemos el valor del método propuesto por la UNESCO en su Programa de Estudios sobre Bioética, aplicado en nuestra práctica docente con estudiantes de licenciatura y maestría del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Este método propone ir paso a paso y analizar primero los hechos, luego los valores correspondientes y en tercer

lugar los deberes; posterior a ello, debemos comprobar la coherencia y por último dar una conclusión.

Hemos advertido que el método ético de razonamiento que propone la UNESCO puede resultar de utilidad cuando menos en tres situaciones definidas:

1. Cuando se trata de analizar nuestra propia conducta en circunstancias en las que internamente reconocemos que algo no hicimos bien.
2. Cuando nos encontramos ante una situación real pero no somos los actores principales sino juzgadores.
3. Cuando se trata de analizar un caso con fines académicos, que es la circunstancia que ahora nos ocupa.

Primer paso: deliberación sobre los hechos

El proceso de deliberación empieza siempre del mismo modo: con la aparición de un problema o caso que con frecuencia resulta complicado de resolver desde el punto de vista moral. Esta dificultad habitualmente se denomina “conflicto moral”. Los conflictos surgen cuando hay que tomar una decisión y resulta difícil saber cómo actuar, puesto que todas las acciones llevan aparejados valores importantes y elegir una implica vulnerar los valores relacionados con las otras.

El objetivo del método ético de razonamiento es siempre el mismo: ayudar a las personas a resolver este tipo de problemas y tomar decisiones adecuadas.

Para resolver un conflicto moral lo primero que debemos hacer es analizar de modo exhaustivo los hechos, reduciendo al mínimo la incertidumbre y corrigiendo cualquier error de percepción que detectemos. Analizar los hechos no es nada sencillo y normalmente requiere mucho tiempo pero resulta vital para

actuar correctamente; a modo de ejemplo, en medicina hay que analizarlos con sumo cuidado para saber cuál es la situación del paciente, su diagnóstico, su pronóstico y el tratamiento correspondiente.

Se trata de una tarea muy compleja en la que hay que reducir en medida de lo posible la incertidumbre utilizando la deliberación individual o colectiva. Nadie conoce todos los hechos que están relacionados con una situación concreta. En la percepción de los hechos influye nuestra educación, contexto cultural, conocimientos y experiencia. Puede que se nos haya enseñado a percibir hechos, por ejemplo, de tipo médico, pero quizás no tengamos tanta sensibilidad para percibir demás vicisitudes que otras personas, con una formación distinta, observan de manera más fácil, como la situación socioeconómica del paciente. Por lo tanto, debemos analizar los hechos con sumo cuidado y en caso de dificultad, solicitar consejo a otras personas.

Segundo paso: deliberación sobre los valores

El análisis de un caso empieza cuando una persona piensa que en torno a una situación existe un problema de tipo moral. Este tipo de casos suelen ser más complejos de lo que parecen a simple vista, ya que la gente puede preguntar sobre un problema concreto, pero esto no significa que sea el único que presenta el caso. Por lo tanto, hay que reconocer y describir los distintos problemas morales que detectamos a fin de llevar a cabo una discusión exhaustiva y eliminar las ambigüedades.

Tras reconocer todos los problemas éticos, debemos elegir uno de ellos para discutirlo en los siguientes pasos del análisis, se sugiere que se dé inicio por el problema que se considere más importante.

El conjunto de problemas debe abordarse de uno en uno; solo tras haber resuelto el primero podremos pasar al segundo y así sucesivamente. Si los mezclamos no conseguiremos llegar a ninguna conclusión. Cuando se resuelven los grandes problemas los de menor magnitud desaparecen automáticamente.

Debemos determinar con la mayor precisión posible cuáles son los valores que entran en juego con la finalidad de transformar el problema moral en un conflicto de valores.

Tercer paso: deliberación sobre los deberes

Los conflictos de valores pueden resolverse de distintas formas, nuestro deber es determinar y elegir la mejor, es decir, la condición que permita aplicar valores positivos o que socave menos los que se encuentran en juego. Por lo tanto, debemos definir las distintas opciones que nos plantea el caso, el modo más fácil de hacerlo es señalando primero las opciones más radicales.

Al momento de tratar casos en el plano profesional es importante que el personal de salud participante sea sensible a todos los valores. Sin embargo, a veces esta sensibilidad le obligará a enfrentarse a determinados desafíos que, de lo contrario, no tendría. Estos desafíos son de tipo ético ya que las tensiones entre el respeto de distintos valores dificultan la decisión sobre lo que hay que hacer.

Existen desafíos más problemáticos que otros para un profesional de la salud, como aquellos en los que parece que cualquiera de las alternativas implica vulnerar un valor importante. Estas situaciones son verdaderamente excepcionales y se denominan “dilemas”, por fortuna, son menos frecuentes de lo que parecería en un principio.

Lo que se pretende aquí es determinar si los protagonistas de un caso cumplieron o no con sus deberes. Este tipo de reflexiones llegan a ser complejas y los detalles de cada caso pueden inclinar la balanza hacia un valor concreto o hacia otro. Debe tenerse en cuenta que no hay soluciones redondas, sino soluciones parciales en las que se ignoran en parte todos los valores sin que ello implique grandes daños morales, o bien, se da prioridad a uno o varios frente al resto. En este último caso, la decisión no provocará ningún daño moral puesto que se habrá visto claramente el deber de actuar de una manera determinada.

Cuarto paso: comprobar la coherencia

Es importante que la reflexión moral sea coherente. A veces, se da una importancia inadecuada a una o más consideraciones porque a la persona que debe tomar la decisión le conviene, con lo cual solo se consigue empeorar la decisión y evitar el uso correcto de la razón para realizar una reflexión ética. Para evitar estas incoherencias existen varias técnicas.

En primer lugar, debemos considerar que muchas formas de proceder ya están descritas en manuales, protocolos, normas y leyes, por lo tanto, podemos consultar referencias externas y compararlas con las conductas observadas. Es verdad que el marco normativo no resuelve de fondo los problemas éticos, pero sí establece los comportamientos profesionales definidos como correctos; por su parte, el marco legal refleja los valores morales de los ciudadanos en un momento determinado. También, conviene tener presente que en algunos casos las leyes son injustas y por lo tanto no serán de completa utilidad.

Otra vía es preguntarnos si el comportamiento observado sería tal cual si la gente estuviese enterada, y de manera directa plantearnos respecto a comportamientos

nuestros que “si los demás hicieran lo mismo que yo hago, ¿estaría de acuerdo?”. En situaciones reales, responder con sinceridad a esta pregunta nos permitirá corregir el descuido de un principio de gran importancia en la historia de la ética: actuar del modo en que deseemos que nuestro comportamiento sea una ley universal.

Quinto paso: conclusión

El resultado deseado de toda esta reflexión es tomar una decisión adecuada. La sabiduría práctica, es decir, el arte de tomar decisiones bien meditadas, es la virtud moral por excelencia.

En la reflexión moral hay que evitar las conclusiones precipitadas. Cuando surgen problemas morales, el personal de salud experimenta una gran cantidad de emociones que tienen su importancia pero que pueden oscurecer el juicio y conducir a decisiones precipitadas. Si utilizamos el tiempo del que disponemos, lo cual incluye consultar a nuestros compañeros, es probable que las emociones se disipen un poco y podamos tomar mejores decisiones.

Las decisiones bien meditadas no son de manera necesaria aceptadas universalmente ya que dos personas serias y responsables pueden estar en desacuerdo en cuestiones éticas. Sin embargo, una vida sin reflexión no es digna de ser vivida y en el plano de la salud, como campo de ejercicio profesional, no hay duda de que hay que evitar a toda costa la vida moralmente irreflexiva.

Bibliografía

- El estudio de casos como técnica didáctica*. Disponible en <http://sitios.itesm.mx/va/dide2/documetos/casos.PDF>
- El método de casos como estrategia de enseñanza-aprendizaje. Cada acto educativo es un acto ético*. Disponible en http://sistemas2.dti.uaem.mx/evadocente/programa2/Agrop007_13/documentos/El_metodo_de_casos_como_estrategia_de_ensenanza.pdf
- El método del caso. Guías rápidas sobre nuevas metodologías*. Disponible en <http://innovacioneducativa.upm.es/guias/MdC-guia.pdf>
- Gutiérrez-Samperio C. (2009). *Filosofía, docencia e investigación en medicina. Investigación basada en problemas* México: COSTA-AMIC.
- Martínez A., Gutiérrez H., Piña E. (2007). *Aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de la medicina y ciencias de la salud*. México: UNAM.
- (2006). *Método de casos*. Universidad Politécnica de Valencia. Disponible en <http://www.recursosees.uji.es/fichas/fm3.pdf>.
- “The case method” en *Management of agricultural research: A training manual. Introductory module* FAO Document Repository. Disponible en <http://www.fao.org/docrep/W7500E/w7500e0b.htm>
- Torres Carlos, Blanco Enrique. “El estudio de casos” en *Metodología, el arte de enseñar con alegría*. Disponible en http://www2.minedu.gob.pe/digesutp/formacioninicial/wp-descargas/bdigital/039_El_estudio_de_casos.pdf.
- XV. *Método de casos*. Disponible en https://www.educoas.org/porta/bdigital/contenido/interamer/interamer_72/Schiefelbein-Chapter15New.pdf.

Capítulo II

Calidad de la atención a la salud, iatropatogenia y seguridad del paciente

Caso 1. Uriel, un niño con meningitis

El siguiente caso ocurrió en un hospital urbano con acentuadas carencias y problemas de operación.

Ana es ama de casa, tiene 30 años y reside en una zona urbana; ingresa al hospital con embarazo a término y presenta síntomas de dolor abdominal y sangrado vaginal. La paciente se encuentra estresada y da aviso de su situación en la sala de urgencias, pero es remitida a sala de espera.

Después de un tiempo y ante el incremento de las molestias, pregunta nuevamente a la asistente del módulo de información sobre su pase de ingreso, ya que llevaba su control médico en ese hospital. La encargada de dicho módulo le responde que espere, pero en ese momento se le rompe la fuente y el líquido amniótico se derrama entre sus piernas e inunda el piso. De inmediato, hacen llamar a los servicios de enfermería para atenderla; las contracciones aumentan con mayor duración, intensidad, frecuencia y el dolor es peor.

Ana da a luz en el trayecto de la sala de espera a la sala de urgencias, el bebé cae de la camilla en un resguardo acolchonado de la misma, pero una de las

enfermeras logra sostenerlo. El niño en apariencia nació como un bebé sano y la madre lo llama Uriel; ambos egresan del hospital tres días después.

Desde el día de su nacimiento Uriel no presentó ninguna anomalía. A los dos meses de edad se enfermó de las vías respiratorias, motivo por el cual su madre lo llevó con su médico de consulta externa, quien le prescribió un antiinflamatorio, analgésico y antibiótico. El paciente estuvo en tratamiento durante tres días pero no se observó mejora alguna, por ello, la madre acudió nuevamente al médico y el bebé fue ingresado al servicio de urgencias.

Ana se encontraba muy preocupada, no le permitieron estar con el bebé en piso y esperó durante 12 horas sin que le dieran información sobre el estado de salud de su hijo. Tras esta larga espera le informaron el diagnóstico: una meningitis, razón por la cual el paciente fue sometido a tratamiento administrándole altas dosis de antibiótico por infusión continua.

El tratamiento no dio el resultado esperado y el estado de salud de Uriel se complicó presentando problemas respiratorios y convulsiones. Después de 15 días en el hospital pediátrico se le informó a la madre que el niño finalmente saldría de alta, pero con secuelas graves relacionadas con su desarrollo psicomotor.

Hoy en día Uriel tiene catorce años y presenta retraso mental; camina y corre, pero muestra problemas de lenguaje y se le dificulta escribir, ya que no tiene fuerza para sostener cosas, incluso un lápiz; sin embargo, él entiende y logra comunicarse perfectamente. Ha recibido terapia especial desde que salió del hospital y actualmente ingresó a la educación secundaria en una escuela para niños con capacidades especiales.

Caso 2. ¿Y si se equivocan nuevamente?

Cierto día al ingresar a mi jornada laboral nocturna e iniciar la valoración de las pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecobstetricia, me llama la atención la actitud y el llanto de la señora Martha a quien pregunto si le puedo ayudar o si desea conversar, desesperada me dice:

–Me operaron mal, se equivocaron.

Sorprendida y sin saber qué decir, reviso el expediente clínico que decía que efectivamente hubo un error en la cirugía realizada a la paciente. Inmediatamente, llamé al ginecólogo en turno -el doctor Rodríguez- y le comenté sobre el caso; a su vez, fue requerida la supervisora de enfermería y el jefe de guardia a quienes les informaron los hechos. El ginecólogo no sabía qué explicación dar a la paciente y el jefe de guardia solo expresó:

–Bueno, no pasó nada, que la reprogramen. ¿Por qué hacer tanto escándalo?, lo que importa es que está bien.

Al escuchar esto, regresé a conversar con la paciente y me contó lo sucedido: Martha era una mujer de 55 años que ingresó al servicio de ginecobstetricia para ser intervenida quirúrgicamente, ya que desde hace un año le habían diagnosticado miomatosis uterina y había sido tratada para ser intervenida. La cirugía proyectada era una histerectomía abdominal; sin embargo, minutos después de haber sido ingresada al servicio, entró otra paciente también llamada Martha, de 65 años y con los mismos apellidos, estaba diagnosticada con cistocele grado tres y programada para una colpoperinoplastia. Lo que diferenciaba a las pacientes era la edad y la cirugía proyectada para cada una de ellas.

Al día siguiente, Martha es llevada muy temprano al quirófano. De acuerdo con la programación quirúrgica, es trasladada por el camillero Pérez con quien

conversaba amablemente; agradecida por el trato, se despide del camillero. Al llegar al *transfer* de quirófano es recibida por la ginecóloga Olguín y el personal de enfermería: la enfermera Pérez y la enfermera Fuentes, quienes interrogan a la paciente antes de pasarla a la sala quirúrgica.

La paciente refiere que solo le preguntaron su nombre, edad y si era alérgica a algún medicamento. Una vez ingresada en la sala quirúrgica, la anestesióloga se presenta y le informa sobre el procedimiento que realizará, al mismo tiempo la doctora Olguín lo describe a dos médicos internos de pregrado quienes realizarían las funciones de primer ayudante e instrumentista. Al escuchar la descripción, la paciente interviene diciendo:

-Disculpe doctora, a mí no me van a operar de eso que usted dice, me dijo el ginecólogo de la consulta externa que solo me quitarían la matriz porque tengo miomatosis uterina

-No se preocupe -respondió doctora Olguín-, ya tenemos todo listo, usted tranquila.

Sin embargo, la paciente refiere que fue insistente con la ginecóloga diciéndole su diagnóstico, pero nunca fue escuchada por los integrantes del equipo médico. A partir de ese momento quedó intranquila y temerosa al no sentirse escuchada e iniciaron en la sala el procedimiento quirúrgico equivocado.

Al término de la cirugía son llamados sus familiares, a quienes se les informa que el procedimiento ha concluido con resultados favorables; sin embargo, la paciente estaba angustiada y exige hablar con su esposo, lo cual no le fue permitido.

Después de cuatro horas de la intervención quirúrgica Martha es llevada a su habitación donde ya la esperaba su familiar e inmediatamente le dice lo acontecido, además, pide que pregunte qué operación le hicieron y solicita la presencia del

doctor Ortega, su médico tratante y de confianza en la consulta externa, quien le había explicado ampliamente el procedimiento que se le realizaría; sin embargo, el doctor Ortega estaba de vacaciones, lo que generó mayor inquietud en ella.

La paciente comenta que nadie había querido explicarle qué había sucedido, ella se sentía angustiada y solamente le informaron que hubo una modificación en su cirugía y aunque cuestionó la situación, no obtuvo respuesta. Solicitó que la doctora Olguín le explicara, pero nunca acudió; quienes realizaban su valoración eran los médicos internos, según lo refirió la paciente.

Después de conocer los hechos el doctor Rodríguez le explicó la situación a la paciente, quien no paraba de llorar y reclamar por lo acontecido.

Tras ocho días más de hospitalización fue intervenida nuevamente para realizarle en esta ocasión la cirugía proyectada desde un inicio, pero ella estaba sumamente renuente a ingresar a la sala quirúrgica, temerosa pidió que llamaran al doctor Rodríguez a quien le cuestionó:

—¿Y si se equivocan nuevamente?

Caso 3. Si no sacó cita... ¡Venga mañana!

Alegre, de bajo nivel socioeconómico, con apenas 19 años, peso de 50 kg, talla de 155 cm y conforme con la vida que le tocó vivir, es Josefina. Se sintió feliz al saber que ella y su hermana, apenas dos años mayor, se encontraban embarazadas; ninguna había contraído matrimonio, pero eso no importaba, ¡estaban tan contentas!

Un embarazo en su comunidad era de lo más habitual, sus padres no hicieron muchas preguntas, ya que conocían al padre, a quien al parecer no le emocionó la idea de serlo.

Su primera consulta prenatal fue a las ocho semanas de gestación, una prueba inmunológica de embarazo positiva dibujó una sonrisa en su rostro de niña. Pero esa sonrisa ya no era tan pronunciada a las once semanas, se cansaba con solo caminar. Sus primeros estudios de control prenatal mostraron anemia severa que ameritaba un estudio más exhaustivo en el segundo nivel de atención y los ginecólogos corrigieron efectivamente tal padecimiento con transfusiones sanguíneas; sin embargo, no se habían hecho muchas preguntas para explicar la razón de esa anemia, que si bien es fisiológica durante el embarazo, no es normal que se comporte como una anemia hemolítica.

Lo suyo resultó algo más complejo y mortal si se combinaba con el embarazo: lupus eritematoso sistémico, diagnóstico realizado a las 22 semanas de gestación en un tercer nivel de atención cuando su deterioro era evidente.

Josefina era muy joven, pero no podía moverse con facilidad y sus piernas estaban tan edematizadas que tampoco podía usar zapatos. Ella y su familia no entendían bien en qué consistía su enfermedad; su pareja sentimental se cansó de esas largas estancias hospitalarias y la abandonó cuando más lo necesitaba; sus médicos tampoco le explicaron de manera adecuada la gravedad de su situación. Su enfermedad poco a poco causó los estragos suficientes para originar sufrimiento fetal agudo que ameritó la interrupción del embarazo. A las 26 semanas nació una niña que ingresó inmediatamente a la unidad de cuidados intensivos neonatales de la institución; sin embargo, a pesar de los esfuerzos del personal de pediatría, su bebé perdió la vida 20 días más tarde.

El pronóstico para Josefina era malo pero ella jamás se derrumbó y trataba de ser fuerte frente a su madre, así que sufrió en silencio la pérdida de su pequeña hija, que si bien había causado la aparición de un lupus latente, ella la amaba desde la noticia de su llegada.

Una semana después, la nefritis lúpica se encontraba en su máxima expresión y así transcurrieron 42 días de puerperio. Su alta hospitalaria se dio con múltiples fármacos que tendrían como fin mejorar su función renal.

En su hoja de alta le dieron cita abierta al servicio de urgencias, así como para revisión en una semana en la consulta externa de nefrología.

Josefina estuvo contenta con la noticia de poder salir, ver el sol, respirar aire fresco y estar en su hogar; el frío de diciembre no le permitió lo anterior, pero sí le provocó una neumonía. Era quinto día después de su alta y su cita estaba programada hasta el lunes siguiente, pero su estado de salud había empeorado y ya tenía fiebre, por lo que acudió a urgencias del hospital de tercer nivel en una ambulancia que su madre consiguió para el traslado de casi tres horas.

Al llegar a urgencias su corazón palpitó más rápido cuando se percató de que había olvidado sus documentos, fue entonces cuando el policía que se encontraba en la puerta le negó el acceso diciéndole:

–Si no trae sus papeles, vaya a consulta externa, tal vez ahí la puedan atender.

Ella pensó que si la veían tan enferma sería efectiva esa cita abierta escrita en su documento de alta, pero al darse cuenta de que estaba en un error, se dirigió al servicio de nefrología de la institución. Cuando se encontró frente a la puerta de consulta externa tocó tres veces, un médico le abrió y con la cara apagada le preguntó:

–¿Tiene cita hoy?

–No, doctor -respondió Josefina, quien se encontraba de pie junto a la puerta y estaba tan cubierta por el frío que apenas si dejaba ver sus ojos-, mi cita es el lunes, pero vine porque me siento muy mal.

Tras un largo suspiro, el médico dijo de forma despectiva:

–¡Pero no trae sus papeles!

–No, doctor –expresó apenada.

La nefróloga que estaba en el consultorio le miró de reojo y en cuanto escuchó que no llevaba ningún documento le dijo:

–Venga el lunes, *m'hija*, ahorita sin sus papeles no la podemos atender, está llena la consulta de hoy y además ya no es horario; hubiera venido más temprano.

Josefina regresó a su casa y falleció un día después. Por última vez el sol le regaló unos rayos de calidez a su rostro.

–Así es la vida y esta es la muerte -dijo su madre-, ya que durante todo el embarazo su familia la había visto sufrir y solo pensó que había llegado su momento.

Debido a que era el día número 48 de puerperio, el caso de Josefina no pudo ser considerado como muerte materna.

Caso 4. El tobillo de Felipe

Felipe es un joven de 19 años, atleta desde los quince. Ingresó al servicio de urgencias por fractura en el tobillo izquierdo y pérdida de conocimiento en una práctica para prueba de 100 metros; es recibido por una enfermera del servicio debido a que la sala se encuentra saturada y el médico de guardia atiende a los demás pacientes. La enfermera en turno lo examina, presentándose a la exploración consciente, tranquilo, con una escala Glasgow de quince, palidez generalizada de tegumentos, bradicardia, acrocianosis y llama la atención las excoriaciones en el dorso de la mano.

A las dos horas de su llegada, el jefe del servicio de urgencias decide ingresarlo provisionalmente al piso de medicina interna debido a que había demasiados pacientes y camas insuficientes para los casos que él consideraba realmente

como urgentes. El médico comenta a la madre que será revisado una vez que se encuentre instalado en el piso de cirugía. Felipe aún no recibía atención médica tres horas después de su ingreso al piso , por lo que la madre acudió con la enfermera que se encontraba en ese momento en la recepción, quien le respondió de manera irrespetuosa:

–Hay demasiados pacientes y el número de médicos es insuficiente para atenderlos, debería agradecer que su hijo ya fue ingresado a piso.

El familiar de un paciente que se encontraba en el mismo piso aconsejó a la madre de Felipe acudir con la trabajadora social del hospital para que le ayudara a que su hijo pudiera recibir la atención adecuada.

La madre de Felipe -al platicar con la trabajadora social- le comenta que hasta el momento su hijo no ha sido revisado por ningún médico y el dolor es cada vez más intenso debido a la fractura. Refiere además que la fractura no es su único problema de salud, que últimamente ha notado cambios en él, observa que ha adelgazado mucho y de manera rápida, que presenta vómitos recurrentes, erosión dental y conductas inapropiadas con relación a su alimentación, por lo que le había sugerido anteriormente acudir al servicio médico para una revisión; sin embargo, él se había rehusado.

La trabajadora social se encarga de buscar al médico responsable del área, quien lo remite nuevamente al servicio de urgencias por la gravedad de la lesión. Felipe es regresado al servicio de urgencias y seis horas después finalmente el médico encargado lo examina y determina la gravedad de su fractura; le coloca una férula y es ingresado al piso de medicina interna.

En su primer día de hospital Felipe recibe la visita de la trabajadora social, quien decide remitirlo con la nutrióloga debido a la extrema delgadez que presenta. La nutrióloga realiza una evaluación antropométrica del joven y le

llama la atención su bajo peso, en ese momento, el médico encargado del área realiza su pase de visita, la nutrióloga le comenta el caso de Felipe y le explica sus sospechas respecto a un posible trastorno de la alimentación, pero el médico ignora el comentario.

La nutrióloga coloca la evaluación nutricional en el expediente clínico de Felipe y la madre del joven le comenta que el médico encargado del piso esa mañana es el mismo que no le proporcionó atención a su ingreso en el servicio de urgencias. A pesar de la negativa del médico, la nutrióloga continúa realizando diversos análisis antropométricos al joven debido a la imposibilidad -en ese momento- de realizar análisis bioquímicos.

Sin importar los hallazgos, al cuarto día de su ingreso al hospital Felipe no ha recibido la atención médica adecuada ni se le han practicado los análisis bioquímicos sugeridos por la nutrióloga.

Felipe sale del hospital, la madre solicita las pruebas requeridas a un laboratorio privado y los resultados que se obtienen muestran una hipoglucemia, leucopenia y neutropenia.

Cuatro semanas después del egreso de Felipe del hospital, la madre acude con un médico en una clínica privada, quien al observar los resultados decide realizar un electrocardiograma en el cual se encuentran alteraciones debido a la falta de electrolitos.

El médico reprende a la madre del joven debido a que el tiempo que ha transcurrido con estas alteraciones es de meses atrás y los daños orgánicos son evidentes. La señora argumenta haber notado ciertas conductas extrañas en su hijo; sin embargo, nunca le parecieron tan graves. Menciona que semanas atrás el médico que lo recibió en el hospital cuando sufrió la fractura no consideró pertinente realizar pruebas bioquímicas.

Para ese entonces Felipe ya presentaba desnutrición, daño en el esófago, anemia y diversos deterioros orgánicos.

Caso 5. El paciente Ricardo

Hace aproximadamente un año y medio, en un consultorio privado en el cual trabajé por un periodo de dos años como asistente dental, llegó Ricardo, quien refería dolor. Al igual que a todo paciente que acude por primera vez se le realizó una historia clínica; en la exploración de la cavidad oral se encontró una pieza dental con caries grado dos en la cual se tenía la molestia, también, presentaba prótesis fijas desajustadas, caries en más de seis piezas y algunas otras afecciones.

Se comenzó a trabajar en la pieza dental que provocaba la molestia; aplicando anestesia local se realizó eliminación de la caries y el odontólogo decidió restaurar con una incrustación. Le comentó al paciente que los mejores materiales de restauración para este tipo de piezas son incrustaciones metálicas o de porcelana, ya que la fuerza de masticación es muy intensa en esta área. Él le recomienda la segunda, cuyo costo era mucho mayor pero lucía más estética, propuesta que aceptó el paciente, ya que quería no solo una solución funcional, sino también atractiva. Ricardo se retiró con un material temporal en lo que elaboraban la incrustación de porcelana.

Ya en privado, el odontólogo dio la indicación al técnico dental de elaborar una pieza a base de resina, la cual tiene un costo ocho veces menor a la de porcelana y que sería entregada en un lapso de cuatro días. Este le comentó que no podía garantizar que funcionara bien la incrustación de resina, puesto que la cavidad era muy amplia y en piezas posteriores las fuerzas de masticación son muy fuertes.

En la fecha indicada, el paciente volvió al consultorio dental para la colocación de su incrustación de porcelana, lo cual no fue así, ya que el odontólogo optó por la de resina, ya que también es un material estético, por lo cual Ricardo no notó la diferencia y pagó por el trabajo.

A los siete días volvió con molestia en la pieza dental restaurada. Comenta al odontólogo que ha seguido plenamente las indicaciones, ha consumido dieta blanda, cuida mucho la higiene de sus dientes y no se explica el porqué de la fractura de su incrustación, además de que el precio fue muy elevado y tiene que cuidar su salud y gastos. Al hacer la exploración clínica, se encuentra que la incrustación está fracturada; no soportó la fuerza de masticación.

El odontólogo le comenta al paciente que la cavidad es demasiado extensa y que este es el motivo de la fractura de la incrustación, por lo que le sugiere colocar una corona de metal y porcelana que rodearía todo el diente evitando fracturas posteriores; la corona tendría un costo un poco mayor al de la incrustación. El paciente opta por la nueva opción que le da el odontólogo y se procede a realizar el desgaste del molar para hacer la corona y realizar la colocación.

Ricardo se retira muy molesto, ya que tuvo que volver a pagar un tratamiento diferente para restaurar la misma pieza dental. El odontólogo manda a realizar la corona de metal y porcelana con el técnico, exigiéndole que tome a cuenta lo pagado por la incrustación de resina que se fracturó, pues no funcionó y menciona que seguramente estuvo mal realizada. El técnico le recuerda que no le garantizó esa incrustación, puesto que desde el inicio le comentó que no era la indicada para una cavidad tan amplia.

El odontólogo decide cambiar de técnico dental; considera que este no es apto realizando los trabajos necesarios para satisfacer a sus pacientes.

Pasados los días, Ricardo regresa para la colocación de su corona y el odontólogo le comenta que se podría comenzar a restaurar las demás piezas dentales que presentan alguna afección, a lo cual responde que ha estado asistiendo al Centro de Salud a que le quiten las caries, pero este le dice que el trabajo que se realiza en ese tipo de instituciones no es de calidad y que los materiales utilizados no son los mejores, que en cambio él sí ocupa productos de calidad, incitándolo a continuar su tratamiento en su consultorio.

Ricardo se retira liquidando lo que restaba de la corona, la recepcionista le menciona fechas probables para su próxima cita, pero él le comenta que ya está tratándose en otro lugar, por lo que esta fue la última vez que acudió a ese consultorio.

Caso 6. ¿Todos los discapacitados son iguales?

Juan Manuel es un joven de 25 años quien fue diagnosticado desde su infancia con retraso mental; sin embargo, sus padres veían con asombro que tenía una memoria excelente; le daban datos telefónicos que el niño memorizaba con facilidad, por ello, lo llevaron a la escuela y lo aceptaron condicionado a su desempeño escolar. Tuvo dificultad para integrarse con sus compañeros, pero con apoyo de sus maestras desarrolló interés por la geografía: aprendió primero las capitales de los estados de la República Mexicana y después las de los países. Los padres decidieron consultar a otro pediatra y lo diagnosticaron con síndrome de Asperger; fueron informados sobre las posibilidades que tienen estos niños de salir adelante con estímulo y apoyos adecuados.

Juan Manuel logró terminar la primaria y realizó la secundaria en una escuela para estudiantes especiales, incluso, se graduó como técnico en alimentos y ha

sido contratado en empleos que reciben a personas como él. También, logró terminar con éxito cursos de actualización a los que fue invitado por su jefe actual, quien está muy satisfecho de su desempeño.

Sus padres consideraron conveniente promover un juicio de interdicción, el cual consiste en la privación de la capacidad de ejercicio de los derechos de una persona cediéndola a un tutor. En el expediente clínico, los exámenes le reconocen una edad mental de entre seis y siete años, dictamen que no fue analizado y revalorado por los médicos que participaron en el juicio. El interés de los padres era proteger a su hijo, pero con ello limitaron su independencia.

Fue entonces cuando emprendió una batalla legal para que se le devolvieran los derechos jurídicos que se le restringieron anteriormente, cruzada que generó un problema familiar distanciando a Juan Manuel y sus padres, quienes siempre lo apoyaron.

Caso 7. Una cirugía con riesgo mínimo...

Carolina es una mujer de 45 años, de tez blanca y una cara risueña; es profesora en una escuela primaria y está casada con Roberto, quien tiene 48 años y es obrero en una fábrica de piezas de metal. Los se dedican en cuerpo y alma al cuidado de sus tres hijos: Sandra, una jovencita de 18 años estudiante del primer semestre de arquitectura; Imelda de quince, estudiante en la escuela preparatoria de la comunidad, y Omar de diez, un chiquillo inquieto y juguetón que cursa el cuarto año de primaria.

Con miedo, Carolina se presentó con el doctor Guzmán, ampliamente conocido en el hospital por ser uno de los mejores cirujanos, ella le comentó que siempre ha sido una persona sana pero que desde hace varios años ha notado una bolita en

el ombligo, la cual ha ido aumentando lentamente de tamaño. El doctor Guzmán la escucha e inmediatamente inicia su anamnesis, en su nota inicial escribe: “Se trata de paciente femenina de cuarenta y cinco años sin antecedentes personales patológicos de importancia, en la exploración física se encuentra una hernia umbilical”. El médico explica a la paciente su diagnóstico y le dice:

-Para resolver el problema amerita cirugía, una plastia de pared, la cual es un acto rutinario con riesgo mínimo. Platique con sus familiares y si decide operarse, acuda nuevamente para programar su cirugía.

Después del diagnóstico y la propuesta del cirujano, Carolina desea saber los trámites que debe realizar para el internamiento; el doctor Guzmán le comenta que solo se necesitan exámenes de rutina y valoración preanestésica, que la intervención será muy rápida y que en dos o tres días ya estará contenta con sus familiares.

Carolina acude a realizarse los exámenes de laboratorio y gabinete solicitados, los cuales incluyeron biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, examen general de orina, telerradiografía de tórax y electrocardiograma. Con los resultados el doctor López -médico internista del hospital-, le realiza valoración preoperatoria concluyendo que no había ningún impedimento, que su escala de riesgo era el más bajo y que podía operarse.

Ya internada en el hospital, antes de la cirugía Carolina platica con sus hijos y finalmente encarga el cuidado de los mismos a Roberto, quien le dice que no se preocupe, que todo estará bien.

Una vez en quirófano y después de varios intentos para colocarle bloqueo epidural, el doctor Gómez -anestesiólogo- decide ponerle anestesia general. El acto quirúrgico transcurre sin contratiempos y con sangrado mínimo; se podría decir que la cirugía había sido “todo un éxito”.

Terminado el acto quirúrgico, el doctor Guzmán le dice al médico interno de pregrado:

–Doctor Azuara, antes de que la paciente se recupere de la anestesia, suture la herida por planos; lo espero en el vestidor para que hagamos la nota posoperatoria.

Por su cuenta, el anestesiólogo le dice al médico interno:

–Cuida a la paciente hasta que se recupere de la anestesia, cualquier cosa me avisas.

–Doctor -interviene tímidamente Azuara- la paciente aún no se recupera.

–Ya te dije, cualquier cosa me avisas.

Después de algunos minutos y casi terminando de suturar la herida quirúrgica, el médico interno Azuara se percató de que Carolina respira con dificultad y le dice a la enfermera:

–Señorita, avise rápidamente al anestesiólogo que la paciente se encuentra mal.

Casi inmediatamente llegan los doctores Guzmán y Gómez, este último, muy enojado, reprende al médico interno Azuara por no cuidar de la paciente.

Cuando el doctor Gómez está revisando el estado en que se encuentra Carolina, ella cae en paro cardiorrespiratorio, por lo que el quirófano se vuelve un caos. Se escuchan órdenes urgentes como: “¡Traigan el carro rojo, sigan dándole masaje cardíaco, aplíquenle atropina, canalicen otra vena, traigan el desfibrilador!”; todos gritaban y corrían. Desgraciadamente y a pesar de las maniobras de reanimación que se le realizaron a lo largo de varios minutos, Carolina no responde y se le declara muerta.

–Todo es culpa del médico interno -decía el doctor Gómez-, voy a levantarlo un reporte por inepto. Yo no voy a cargar con la culpa, voy a creer que ni siquiera

puede cuidar la recuperación anestésica de una paciente.

Después de lo sucedido se les informó a los familiares que la cirugía había sido todo un éxito pero que se había presentado una complicación anestésica y que Carolina terminó con un paro cardíaco, que se había hecho todo lo posible para sacarla del mismo pero que no respondió y desgraciadamente falleció.

El padre y los hijos lloraban amargamente, no lo podían creer. Roberto, aun con la pena, tuvo que dar la información necesaria para el llenado del certificado de defunción y decía:

-Ahora, ¿qué será de mí y de mi familia?

Caso 8. Transfusión de concentrados plaquetarios

El señor Medina, de 62 años, se encuentra hospitalizado en una institución pública, presenta desempaquetamiento abdominal postoperado, colecistectomía por piocolécisto, choque hemorrágico, falla renal aguda, sepsis y trombocitopenia severas, así como enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En la exploración niega dificultad respiratoria, presenta dolor de menor intensidad neurológico íntegro, abdomen blando, herida con sangrado moderado, *penrose* con gasto hemático y edema generalizado.

Un día antes al pase de visita se encontraba con relativa estabilidad y con mejoría en volúmenes urinarios; sin embargo, presentaba sangrado importante a través de la herida, por lo que el médico de guardia prescribe como urgente transfundir concentrados plaquetarios, vigilancia estrecha del estado hemodinámico y del estado neurológico; lo reporta al personal de enfermería como muy grave, con alto riesgo de hemorragia, incluso, en sistema nervioso central o intraabdominal.

El médico tratante da información a los familiares reportando la gravedad de su paciente, que el pronóstico es grave a corto plazo y con un alto riesgo de mortalidad. Dado a que su organismo no produce plaquetas, es preciso transfundirlo y necesitan donar mínimo quince concentrados plaquetarios. El hijo mayor del paciente, muy desconcertado contesta:

–¿Sabe usted lo que significa conseguir quince donadores de plaquetas?, si no hemos conseguido donadores para reponer las que ya se le transfundieron, ¿usted cree que conseguiremos quince? Así que le pido de favor que si mi familiar ya no se va a recuperar, ya no le hagan nada. ¿La transfusión le va a garantizar la vida?

–No, claro que no -responde el médico-, pero por lo menos no sangrará tanto y el tiempo que le quede de vida estará en mejores condiciones.

-Para usted ¿qué son esas mejores condiciones?, si nos acaba de decir que va a morir y no conforme con saber el pronóstico todavía me dice que tengo que conseguir quince donadores ¡vaya médico! Pues le comento que yo no voy a reponer esa sangre y hágale como quiera, por eso pago mi servicio médico para que el hospital se haga responsable de todo.

Al pronunciar estas palabras, el familiar se retira muy molesto e inmediatamente se acerca la hija del señor Medina, producto de su último matrimonio, quien comenta que es su padre y ha vivido con ella los últimos años y que se hará cargo de todo, solicitando al médico que continúe con el tratamiento y que haga todo lo posible por mantener con vida a su padre, ya que es el único apoyo con el que cuenta.

El médico continúa dando tratamiento, prescribe vigilancia estrecha e indica al médico interno de pregrado solicite los concentrados plaquetarios al banco de sangre. Inmediatamente el médico interno va por los concentrados y los entrega a la enfermera responsable en su contenedor especial de traslado, así como los

formatos de control de hemoderivados; ella procede a transfundir los concentrados plaquetarios sin verificar si correspondían y continúa con la atención de los otros pacientes a su cargo.

Tiempo después, la médico internista del siguiente turno inicia su pase de visita y al llegar con el señor Medina se percató de que los concentrados plaquetarios no son los indicados. Llama de inmediato a la enfermera responsable y le dice que suspenda la transfusión; se da aviso a la jefa del servicio de enfermería, la cual interroga a la enfermera sobre lo sucedido y ella responde que no llevó a cabo la identificación del paciente porque confió en que el médico interno le había entregado los correctos y que él era el responsable de dicho procedimiento.

La jefa de piso procede a realizar la búsqueda de información de compatibilidad sanguínea con el personal de laboratorio y descubren que el señor Medina tiene un grupo sanguíneo B+, que las plaquetas que se transfundieron son O+ y que por el tipo de sangre del paciente, este no es compatible con ningún otro más que con el mismo, por lo que deciden mantenerlo en observación esperando reacciones adversas.

El señor Medina se encontraba tomando un yogurt cuando presenta paro cardiorespiratorio; al momento de la intubación encuentran residuos del alimento en la tráquea y por indicación de los familiares deciden no realizar las maniobras de reanimación, registrando como causas de muerte los diagnósticos por los que fue hospitalizado.

La jefa de servicio llegó al día siguiente y cuando preguntó por el señor Medina le informaron que había fallecido. Más tarde llama a la enfermera que estuvo al cuidado del paciente y le comenta lo acontecido, así como la posible implicación legal a la cual podría estar sometida, pero ella responde sin mayor preocupación:

–Finalmente el señor se iba a morir, ¿o no?, ya estaba muy grave.

Caso 9. La paciente de traumatología

Paciente femenina -soltera- de 48 años acude a consulta por referir dolor en miembro pélvico izquierdo a nivel de articulación coxofemoral, relata no haber acudido a valoración antes por cumplir con su trabajo. Desde el dieciséis de abril tenía dolor en dicha zona y asiste a valoración médica hasta el día dos de mayo del mismo año, comenta que este dolor lo asoció con algún problema con su nervio ciático.

Ella viajaba por cuestiones laborales y al regreso de uno de sus viajes acude a un hospital de la ciudad donde vivía, ahí refiere haber recibido atención por un especialista en traumatología, quien analizó su historia y procedió a la exploración. Después de valorar las radiografías, se realiza diagnóstico de coxartrosis izquierda, también se le informó que no era candidata a tratamiento quirúrgico.

Menciona que durante su estancia en el área de observación, mientras recibía tratamiento endovenoso, el médico traumatólogo sale y posteriormente llega un residente, quien la interroga acerca de su padecimiento y sin contar con toda la información del caso, procede a realizar maniobras de estiramiento y movilidad de la extremidad pélvica izquierda de manera brusca. La paciente refiere que mientras el médico realizaba estas maniobras le provocó un chasquido y tuvo la sensación de que le “rompía su hueso”, esto le provocó dolor intenso, valorado en escala EVA de siete, ocasionando dificultad para ponerse de pie. Minutos después de sufrir aumento de dolor por las maniobras realizadas, le indican alta y tratamiento vía oral con analgésicos y antiinflamatorios.

Cinco días más tarde acude a valoración en consulta externa donde le atiende una doctora, quien le realiza su historia clínica, la explora y ordena radiografías, las

cuales deberán ser calendarizadas tres meses después. Al no contar con mayores recursos y confiando en que los tiempos indicados por los médicos tratantes son los correctos para su enfermedad, continúa el tratamiento en casa, el cual nunca llevó a la resolución total de los síntomas principales: dolor, disminución en arcos de movilidad y fuerza, así como incapacidad para realizar las actividades de su vida diaria. Tardó tres meses en recibir nueva valoración por parte de traumatología y ortopedia donde recibió el diagnóstico final: coxartrosis con fractura de fémur con indicación de resolución quirúrgica. La cirugía se realizó el 19 de julio del mismo año, colocando una prótesis de cabeza de fémur. Fue dada de alta con tratamiento farmacológico: celebrex, tramadol y paracetamol, una cápsula de cada una al día.

-La verdad el residente ese que me fracturó me trató sin conciencia y la doctora siempre como de mal modo, sin concentrarse en qué podía tener. ¿Para qué me servía la radiografía hasta agosto? -describió la paciente a la trabajadora social que le ayudó con su egreso-. El que me diagnosticó, ese si era buen traumatólogo. Duré tres meses con la fractura y sin saber hasta que el ocho de julio se me detectó por el traumatólogo que rápido y con una simple exploración me dijo lo que tenía y me programó la cirugía. Después de esta me indicaron no apoyar, a partir de la semana siete empecé a pisar poco a poco hasta que ya pude cargar todo el peso en la extremidad, de ahí dure cinco meses utilizando andadera, acudí a doce sesiones de terapia pagada por mi cuenta a razón de 200 pesos por sesión; pagué las terapias porque en el hospital público me daban cita hasta dentro de siete meses, ¡imagínese que hasta entonces iba yo a recibir mi terapia!

Caso 10. Una simple biopsia

Fue en el último año de la década de los setenta cuando me tocó hacer el internado en un hospital de segundo nivel de atención. Yo rotaba por el servicio de cirugía y ese día entré con el médico especialista en oídos, nariz y garganta a una operación que no prometía ninguna emoción, como la mayoría de esa especialidad que en general eran amigdalectomías.

Esta vez se trataba de retirar una pequeña tumoración en forma de frijol que la paciente Lidia tenía justo debajo de la oreja derecha, diríamos, sobre el borde del maxilar inferior, tal vez un ganglio.

Lidia era una mujer en la quinta década de la vida a quien la belleza no había abandonado, se conservaba en toda forma y lo sabía, la dosis que tenía de vanidad, le sentaba bien. Su nivel económico era medio alto.

Cumplió al pie de la letra las indicaciones previas a su internamiento. Llegó puntual al hospital y con buen humor hizo a un lado su fina bata de dormir para ponerse la descolorida ropa institucional que le proporcionó la enfermera, también, tomó con agrado la dieta blanda que le ofrecieron como merienda para pasar la noche. Al día siguiente no se quejó en ningún momento por el ruido de camillas o de las enfermas de la sala de ginecología y personal en el ir y venir que hubo durante el turno. Asumió cabalmente su papel de paciente y ya.

Como la cirugía no era de interés del médico residente, yo fungí de primer ayudante. De primera intención se pensó en aplicar anestesia local, pero para causar menos molestias a la paciente el médico tratante -el doctor Cervantes- pidió que se le diera anestesia general y así se hizo.

El doctor Cervantes me explicó que para abordar la pequeña tumoración y extraerla, haría una mínima incisión siguiendo líneas naturales de la piel, lo

cual disminuiría el efecto de cicatriz visible, algo a tomar en cuenta dado a las características de Lidia.

La incisión inicial no daba mucha claridad a la formación tumoral debajo de la piel, por lo que el doctor Cervantes la extendió por detrás de la oreja y hacia abajo, por dentro del maxilar. No pensaba en otra cosa más que retirar todo el tejido tumoral, siguió disecando y prolongó la incisión; el tumor solo era pequeño en apariencia, pues estaba alojado detrás del maxilar inferior y totalmente cubierto por este:

-¡Ya estábamos en cuello!-indicó.

En lo corto de mis conocimientos y mi nada de experiencia, sabía que esa región es tierra de nadie. Aquello había perdido la forma, la incisión era amplia; los movimientos erráticos y las expresiones inconexas del cirujano dejaron en claro que ya no sabía nada de lo que, literalmente, tenía entre manos. El tiempo se había pasado volando, llevábamos más de una hora en el quirófano y estábamos como perdidos en el desierto.

Finalmente, el doctor Cervantes dijo con aparente tranquilidad y dirigiéndose hacia mí:

-Mi estimado Charly, este tumor es más grande de lo que suponía y no acabo de disecarlo, vamos a dejar hasta aquí la cirugía y tomaremos una muestra para estudio histopatológico

Cerró la herida quirúrgica, utilizó una sutura fina para la piel, me dio indicaciones para el cuidado postoperatorio, firmó las notas y nos dijimos:

-¡Hasta mañana!

Al día siguiente, entre las 7:00 y 8:00 de la mañana, al pasar por la cama de Lidia no pude disimular mi angustia. Su rostro mostraba una franca retracción del lado izquierdo que deformaba su boca pronunciadamente.

–¡Le cortó el trigémino!–pensé verdaderamente alarmado y no me equivoqué.

El doctor Cervantes alternaba sesiones de consulta y de cirugía, por lo que ese día llegaría a su consultorio hasta las diez de la mañana y mientras me tocaba a mí enfrentar la situación con la paciente, quien con una mezcla de preocupación y calma veía con insistencia su rostro en un pequeño espejo.

–Mire como amanecí doctor –me dijo– pero esto es normal por la operación de ayer ¿verdad?, ¿cuánto tiempo me durará?

No sé si conseguí aparentar calma, solo acerté al decirle que tomaría nota de sus condiciones al momento de la visita y cómo había pasado la noche, que el doctor Cervantes pasaría a valorarla ese mismo día después de las diez de la mañana.

El doctor Cervantes no dio muestras de preocupación cuando lo enteré de las condiciones de Lidia. Subió a verla, hizo la revisión y le dijo con generalidades que en toda cirugía existen riesgos, que en este caso, el tumor encontrado salía de todo lo esperado y que era probable que se hubiera lesionado algún nervio durante la cirugía y que le daría un pase para rehabilitación.

Terminé mi rotación por el servicio y alguna vez le pregunté al doctor Cervantes por esa paciente. Con gran naturalidad me dijo que ya no sabía nada de ella, que seguramente habría mejorado con la rehabilitación física.

Capítulo III

La comunicación con el equipo de salud, pacientes y familiares

Caso 11. Una cirugía para Gabriela

Gabriela es ama de casa, tiene 43 años, proviene de una zona rural y fue ingresada al servicio de urgencias de un hospital. Presentaba dolor en el abdomen que fue aumentando de intensidad. El médico residente García -encargado del servicio- solicitó la interconsulta de cirugía general.

Previamente García había explorado a la paciente y junto con el médico interno de pregrado Velázquez, elaboraron la historia clínica, haciendo el diagnóstico presuntivo de apendicitis que debía resolverse quirúrgicamente. También, habían informado al esposo de la paciente, un campesino de nombre Manuel, sobre el curso del padecimiento y que el médico especialista definiría la conducta a seguir; ya había consentido el tratamiento quirúrgico para su esposa, si se determinaba que fuera necesario.

El médico especialista Gómez se presentó en la sala acompañado de otro médico residente. A su llegada preguntó:

—¿Cuál es la paciente que necesita la interconsulta de cirugía?

Velázquez informó que se trataba de la señora Gabriela y que estaba en la

cama tres, entregando el expediente a Gómez y acompañándolos hasta la cama indicada. De una ojeada, el doctor Gómez vio el expediente y se fijó en el diagnóstico:

-¿Así que es una apendicitis? -Se situó al lado de la cama, miró a la paciente y le pidió que mostrara la lengua, exploró con un abatelenguas el interior de la boca y las mucosas, luego siguió con la nariz y conjuntivas de los ojos.

Sin decir palabra, el doctor Gómez continuó su valoración incluyendo en la revisión del abdomen maniobras clínicas para confirmar o descartar diagnóstico de apendicitis.

-Habrá que pedir exámenes de laboratorio -le indicó al médico residente que lo acompañaba.

-Ya los tiene en su expediente -intervino Velázquez, quien había permanecido ahí durante la interconsulta.

-Que le tomen sus exámenes y cuando los tengan que la pasen a quirófano para quitar ese apéndice -ratificó el doctor Gómez, al mismo tiempo que firmaba la nota clínica elaborada por el médico residente y la orden para repetir exámenes clínicos a la paciente y sin más, se retiró de la sala de urgencias en compañía del médico que lo acompañaba.

La paciente le preguntó a Velázquez que quién era ese doctor, a lo que él respondió:

-El doctor Gómez, es el especialista que la va a operar.

Ella con timidez preguntó:

-¿No me puede operar otro médico?

Caso 12. Francisco, el paciente de la cama cuatro

Era médico interno de pregrado y me encontraba ya en mi tercer mes en el hospital. Este día en particular me tocaba realizar la rotación en el área de hospitalización de urgencias. Era un trágico lunes para todos los que habíamos descansado el fin de semana previo, sumado a que eran las 7:00 de la mañana.

El servicio de urgencias era un caos total: había pacientes en todas las camillas, también había algunos otros sentados y el área de hospitalización se encontraba completamente llena, cuando de pronto, la enfermera en turno comienza a gritar al médico de guardia del área de hospitalización que el paciente de la cama número cuatro estaba en paro cardiorrespiratorio. No conocía al paciente, mucho menos el caso y por lo tanto no sabía su diagnóstico, en ese momento acababa de llegar a laborar, por lo que solo pude identificarlo por su nombre al pie de su cama, se llamaba Francisco. Inicié las maniobras propias de resucitación, una y otra vez, pero sin tener respuesta del paciente, quien falleció en ese momento.

Inmediatamente me hablaron para revisar a otro enfermo que acaba de llegar. Ella era una joven de solo quince años embarazada, quien había sido atropellada y por esta causa, a pesar de nuestros esfuerzos, irremediablemente también falleció.

No me di cuenta de cómo fue transcurriendo el tiempo tan rápido, obviamente con toda la carga de trabajo que había ese día en particular, pero no me olvidé de Francisco, por lo que en varias ocasiones había salido a preguntar si ya había llegado algún familiar del paciente de la cama número cuatro. Me interesaba hablar con ellos, ya que era necesaria más información para poder realizar el certificado de defunción. Cada vez que pregunté siempre me decían:

-No, doctora, aún nadie se ha reportado ni han acudido a preguntar.

Así transcurrió la mañana y cuando era ya casi el final del mediodía, se

presentó en el hospital una persona joven de aproximadamente unos veinte años de edad, que estaba embarazada y acudió para pedir informes sobre el estado de salud de su familiar internado. Pregunté quién era su familiar y me respondió que se trataba del paciente de la cama número cuatro.

Debo confesar que yo tenía un sentimiento de indignación y a la vez estaba sorprendida, por ello me preguntaba que cómo era posible que el paciente hubiese muerto desde las 7:00 de la mañana y hasta esa hora se habían preocupado por ir a pedir informes acerca de él.

Al darle la noticia sobre la muerte de su paciente la joven mujer empezó a llorar desconsolada, vomitó y después terminó sufriendo un desmayo. Tratamos de reanimarla, y cuando volvió en sí preguntaba una y otra vez que cómo era posible que su papá estuviera muerto. Dejé que se tranquilizara por unos momentos y posteriormente procedí a interrogarla para poder llenar el certificado de defunción.

Cuando inicié el interrogatorio le pregunte cuántos años tenía don Francisco, ella se me quedó mirando con los ojos muy abiertos, sorprendida y con una cara de interrogación me dijo:

–Perdón, doctora, pero mi papá no se llamaba Francisco.

Confundida, nuevamente le pregunté:

–Usted viene a ver al paciente de la cama número cuatro, ¿no es así?

–Sí, llegó el día de hoy como a las 10:00 de la mañana porque no podía orinar y además tenía mucho dolor y por eso lo internaron.

Yo estaba muy avergonzada y a la vez exasperada, por lo que de inmediato me dirigí con la jefa de enfermeras y le pregunté:

–¿Cómo es que se llamaba el paciente de la cama número cuatro?

–Juan López.

En ese momento estaba asombrada, por lo que le pregunté por el paciente que había fallecido ese día a las 7:00 de la mañana y que se encontraba en esa misma cama. La jefa de enfermeras me contestó:

—¡Ay, doctora!, a él lo pasamos a patología casi de inmediato después que murió.

Apenada por la confusión, no me quedó otra cosa que hacer más que pedirle a la joven mil disculpas por el error tan grande que había cometido.

Caso 13. Alimentación parenteral para Juan

Juan tiene 60 años, durante algunos meses presentó molestias gastrointestinales y dolor abdominal, por ello, acude a consulta en el hospital de segundo nivel de su localidad en donde le realizan varios estudios y le diagnostican cáncer pancreático. Es referido a un hospital de tercer nivel en el cual se interna; el médico que lo recibe considera que es importante iniciar el soporte nutricional ya que el paciente, al tener el problema pancreático, no produce la cantidad suficiente de enzimas. El equipo médico indica nutrición parenteral, mostrando en los siguientes días mejoría en su estado alimenticio.

Juan permanece en el hospital de alta especialidad alrededor de tres meses pero su función pancreática no mejora y su pronóstico ya es reservado.

El grupo multidisciplinario de salud decide dar de alta a Juan, ya que no muestra mejoría; el soporte nutricional que recibe es costoso para el hospital y ocupa una cama que otro paciente con más probabilidades de vida podría utilizar.

Los familiares se rehúsan a que abandone el hospital, pero los médicos argumentan que su pronóstico de vida es muy complicado, que médicamente ya no hay nada por hacer y mencionan que lo mejor es dar de alta del paciente

y que, si los recursos de la familia son buenos, opten por nutrición parenteral domiciliaria.

Caso 14. La autodeterminación informativa: el derecho a no saber

María Eugenia es una mujer de 32 años quien considera gozar de mucha suerte: ha ascendido rápidamente en la esfera profesional y, aunque había descuidado un poco el ámbito personal, recientemente ha contraído matrimonio con quien es su pareja desde hace un año.

Así, enfocándose en su trabajo, esta administradora abandonó un buen día la dieta sana y los ejercicios que hacía desde su época universitaria, pues ya no tenía tiempo y siempre llegaba a casa muy cansada luego de extenuantes jornadas; sin embargo, siempre quiso formar una familia, objetivo que estaba segura pronto conseguiría.

Una mañana al bañarse notó algo raro en uno de sus senos. Se asustó un poco, pero decidió visitar a su médico; con las nuevas responsabilidades profesionales adquiridas, fue postergándolo de manera consciente, ya que nunca encontraba un espacio y francamente reconocía que tenía miedo de conocer más a fondo su situación de salud, hasta que una tarde Laura -su secretaria- le agendó una cita y aunque María Eugenia se enojó al principio, reconoció que la joven –de la que se había vuelto muy amiga, ya que había sido su asistente durante varios años– solo se preocupaba por ella y a regañadientes acudió.

Laura había notado el temor de su jefa así que se ofreció a acompañarla, lo que María Eugenia agradeció, aunque apenada y enojada consigo misma, pues siempre se había considerado una mujer fuerte, alguien que podía sortear con

éxito cualquier tipo de obstáculo. Incluso sentía decepción por reconocer el miedo que la invadía y que además iba creciendo día con día.

Luego de llenar los datos correspondientes en la recepción y tras esperar unos minutos llegó su turno. María Eugenia, amándose de valor, decidió pasar sola. El médico de forma amable le preguntó que qué le pasaba y ella decidió explicarle de forma detallada que tenía un pequeño bulto en el seno derecho que palpó hacía ya tres meses mientras se daba un baño, pero que no le dolía; francamente estaba preocupada y tenía miedo, sobre todo porque quería formar una familia y temía que este padecimiento representara un freno a la consecución de uno de sus más grandes anhelos.

El médico sorprendido por las palabras de su paciente le comentó que si bien la situación era preocupante, no podían llegar a conclusiones y mucho menos a un diagnóstico tan apresurado. Le dijo que comprendía sus miedos acerca de la posibilidad de tener cáncer, palabra que le generó un mal rato a María Eugenia, ya que no se había atrevido a pronunciarla hasta ese día. Notando esto, el médico se apresuró a tranquilizarla, repitiéndole que no tenían un diagnóstico, es más, ni siquiera la había examinado. Ella comprendió que estaba reaccionando de manera apresurada y empezó a calmarse.

El médico al palpar el seno notó el bulto y al seguir con el examen se dio cuenta de que solo existía uno. Le preguntó a María Eugenia si había realizado el autoexamen de manera completa, pero ella le dijo que únicamente había palpado ese bulto y que por miedo no lo completó. Le preguntó al médico qué había encontrado y este respondió en forma clara y pausada que había hallado un pequeño bulto, enfatizando que era uno solo y que para darle un diagnóstico acertado necesitaba hacerse una biopsia, examen que instruyó de forma inmediata.

María Eugenia preguntó directamente si tenía cáncer, pero el médico le reiteró que no quería hacer diagnósticos apresurados y mucho menos de una enfermedad tan seria, pues podía ser una formación benigna. Habían varias posibilidades que no podían ser dejadas de lado y que no tenían que ser tan negativos. A pesar de eso, hizo notar la importancia de llevar a cabo la prueba lo más pronto posible para tratarla igualmente rápido.

María Eugenia al salir le contó todo a Laura, quien sacó la cita con el especialista para el día siguiente. Acudieron ambas, ya que ella tenía miedo y había decidido no contar nada a su esposo hasta tener un diagnóstico seguro. Afortunadamente, el médico que realizaría la prueba tenía espacio para atenderlas apenas dos días después. La secretaria hizo todos los preparativos y despachó todos los pendientes, lo que les permitió liberarse, al menos por ese día, de cuestiones de trabajo.

La cita llegó y esta vez María Eugenia le pidió a Laura que entrara con ella. En los últimos días se dio cuenta de que no era tan valiente y creía firmemente que el apoyo incondicional de su amiga, aun si eran buenas noticias, haría soportable la situación. El médico revisó los estudios y no pudo evitar poner cara de preocupación, lo cual notó María Eugenia ya que tenía los sentidos muy despiertos por la preocupación. Él le comunicó que, como temía, tenía un tumor de naturaleza maligna en etapa dos.

Inmediatamente, todo lo que María Eugenia había proyectado, todo su mundo, se vino abajo. No quiso hablar más con el médico ni escuchar explicaciones o razones. Todo lo que sabía era que tenía cáncer y que tenía miedo, pero sobre todo, que no quería saber más del asunto. Ni siquiera quiso optar por una segunda opinión y sin más, le dijo al médico que no quería saber nada respecto a la enfermedad o al tratamiento, que hiciera lo que considerara correcto y que le devolviera la salud.

Así empezó María Eugenia una serie de tratamientos para la enfermedad, a los que iba respondiendo de manera favorable y aunque iba enfrentándose a la situación de forma gradual, decidió de manera consciente dejar en manos de su esposo y de Laura las decisiones respectivas. Solamente le interesaba sentirse mejor y notarlo. Vivió en ese mundo de fantasía hasta que estaba tan afectada por los efectos secundarios de la terapia que estuvo obligada a dejar de asistir a la oficina.

El día en que supo que debía enfrentar la realidad fue aquel en que notó que empezaba a perder cabello y, cuando este se cayó por completo, dejó de pretender que no pasaba nada, así que en compañía de su esposo, pidió ayuda al médico que la trataba, quien los canalizó con una de sus colegas tanatóloga. Ella los acompañó durante todo el tratamiento y sobre todo le ayudó a María Eugenia a enfrentar sus miedos, de los que se fue haciendo consciente poco a poco. Al aceptar su enfermedad se vio interesada también en saber qué estaban haciendo para luchar contra esta. No fue un camino fácil, pero supo que debía seguir intentándolo por la gente que la quería, pero más que nada, por ella misma. El día en que le anunciaron la remisión, recordó todo el camino recorrido y se dio cuenta que enfrentar la situación fue lo mejor que pudo haber hecho. Ahora era auténticamente fuerte.

Caso 15. El servicio de urgencias en un día festivo

Casi siempre los pacientes que más recordamos son los que se valoran en un servicio de urgencias, ya que llega todo tipo de casos: traumatizados, baleados, quemados, entre otros.

Era inicio de año, un frío día primero de enero, cuando solo trabaja la guardia de día festivo. Ese día en particular éramos solo tres internas de pregrado, aunque en realidad éramos dos, ya que una de mis compañeras tenía siete meses de embarazo y por obvias razones no se movilizaba mucho durante la guardia. Ya habíamos iniciado nuestras labores con todos los accidentados del festejo del fin de año, así como con los intoxicados por el consumo excesivo de alcohol y dos más con herida de bala en el cráneo. Esta había sido una jornada de mucho estrés y trabajo exhaustivo.

Solo había un médico general adscrito al servicio de urgencias que de manera habitual solo nos daba indicaciones y prácticamente todo el trabajo lo realizábamos las internas en turno. En esta área había dos residentes de cirugía, quienes no podían auxiliarnos debido a que siempre estaban haciendo labores en el quirófano.

Así fue transcurriendo nuestro día; el exceso de trabajo no nos permitió asistir al comedor a tomar el desayuno y a la hora de la comida menos, por lo que más tarde, cansadas y hambrientas, se nos ocurrió que nuestra compañera, la que estaba embarazada, fuera a comprar unos pollos rostizados para mitigar nuestra hambre.

Así lo hicimos y tras la espera, que se nos hizo eterna, por fin llegó con nuestro ansiado encargo. Pero transcurría el tiempo, los pacientes no dejaban de llegar y siguieron pasando las horas. Dieron las 4:00 de la tarde, las 5:00... y así, hasta que ya casi al llegar a las 7:00 de la noche dijimos:

—¡Ya, vamos a comer! No importa que haya más y más pacientes, ¡nunca se van a acabar!

Dadas las circunstancias decidimos encerrarnos en un consultorio. Llegamos al acuerdo de que no atenderíamos a nadie más, por lo menos durante unos 20

minutos, tiempo suficiente para comer algo; luego de eso volveríamos con más ánimos y energía a continuar con nuestro trabajo. Más tardamos en cerrar la puerta que en tocar el familiar de un paciente que recién había llegado; recuerdo muy bien que era un señor de aspecto rural, muy sencillo, quien amablemente me dijo:

–Perdón, doctora, ¿podría usted ver a mi paciente que acaba de llegar?

–Sí -respondí-, permítame un momento y enseguida voy.

–Muchas gracias doctora

Me dirigí a comer mi pollo rostizado, pero de inmediato tocaron de nuevo a la puerta. Era el mismo señor, quien me dijo:

–Perdón doctora, es que en verdad le duele mucho su pie a mi paciente.

–Sí, señor -contesté molesta porque no nos dejaba comer-, en unos diez minutos voy. Llevamos ya casi doce horas laborando, no hemos podido comer nada, también tenemos derecho a comer.

–Perdón, doctora, gracias, yo la espero.

Volví al intento de comer y me preguntó una de mis compañeras que qué pasaba, a lo que le respondí:

–Es un señor que quiere que vea a su familiar, porque dice que le duele mucho un pie.

No recuerdo cuánto tiempo había transcurrido, pero debió haber sido poco más de diez minutos que había hablado con el familiar del paciente, quien nuevamente fue a tocar y tímido me dijo:

–Doctora, perdón, pero es que... de verdad, a mi familiar le duele mucho su pie.

–Mejor voy a ver al paciente -me dirigí hacia mis compañeras- porque si no, nunca vamos a terminar de comer.

Al llegar a la sala de curaciones me encontré con un joven de unos veinte años, era a quien “le dolía mucho su pie” debido a que tenía completamente destrozada su extremidad inferior. Se trataba de toda la pierna –incluido el pie–:presentaba la tibia y el peroné con fractura expuesta, literalmente partidos en dos, como si fuera una escuadra con los huesos al exterior y además, sangrando profuso. Al realizar el interrogatorio me explicaron que al paciente le había caído un contenedor de basura encima. Me dirigí al familiar y le cuestioné:

–Señor, pero ¿cómo es posible? ¿Por qué no me dijo esto que estoy viendo?

–Doctora, ¡yo le dije que le dolía mucho su pie!

Me quedé sin palabras y sin más me apresuré a preparar todo lo necesario para que ingresaran al paciente a quirófano lo antes posible, esperando que los cirujanos pudieran salvarle su extremidad.

Caso 16. Comunicación de malas noticias

Realicé el internado en un hospital regional rural con 60 camas, una población muy pobre y solo algunos cuantos ricos -dueños de las tierras en las que se siembran pastizales para que el ganado se alimente- y terrenos ejidales que han sido rentados a los terratenientes con el disimulo de las autoridades, ya que los ejidatarios no son sujetos de crédito y por lo tanto no pueden utilizarlas por falta de maquinaria.

En ese hospital, además de la atención de partos, entre las causas más frecuentes de atención se contaban las lesiones producidas accidentalmente o por peleas con machete, las cuales son muy frecuentes en fin de semana o en días de fiesta. También, se presentan enfermedades infecciosas, muchas veces complicadas; otro problema frecuente era la cirrosis hepática, resultado de consumir aguardiente

desde muy temprana edad, el cual es procesado en alambiques caseros, sin regulación, pero que para la gente del lugar es más económico que el que se vende en los comercios de la zona. Aunque la cirrosis hepática en esta zona es más frecuente en varones, también se presentan algunos casos en mujeres.

Una tarde recibimos en el servicio de medicina interna a un hombre llamado Jorge, de 35 años. Estaba inconsciente y había tenido sangrado de tubo digestivo el día anterior, pero como la comunidad en donde vivía estaba a una distancia de cuatro horas caminando, no pudieron llevarlo de inmediato al hospital, había que organizarse entre amigos y familiares para cargarlo. Lo llevaron entre su hermano, un primo, un vecino y su madre.

El paciente tenía como antecedente haber iniciado el consumo de aguardiente a los siete años de manera ocasional; a partir de los catorce el consumo era semanal, en algunas ocasiones hasta quedar inconsciente. Antes de su ingreso había estado consumiendo el aguardiente durante tres días para celebrar que había nacido un hijo varón, ya que, previamente su mujer había tenido dos niñas, pero una de ellas murió poco después de nacer. En la exploración física se encuentra al paciente inconsciente, pálido, delgado y a la palpación abdominal se percibe líquido posiblemente de origen cirrótico.

En el servicio de urgencias le hicieron lavado de estómago encontrando abundantes coágulos de sangre color oscuro, con rastros de sangre fresca. Al pasar al servicio de medicina interna ya iba canalizado con varias soluciones endovenosas y se le colocó sonda nasogástrica para iniciar alimentación por esta vía. Un día después el personal del servicio de dietología dejó en su buró una botella con la alimentación y el catéter para conectarlo a la sonda nasogástrica, el cual quedó colgando, pues corresponde a la enfermera conectarlo a la sonda para alimentar al paciente.

Una auxiliar de intendencia, que recién se había integrado al hospital, limpiaba el piso y al pasar cerca de la cama de Juan observó que se había acabado la solución endovenosa, buscó a la enfermera pero no la encontró ya que había ido a la farmacia por medicamentos. La mujer decidió desconectar el frasco vacío de la solución y colocar el catéter que vio sin conectar –el de la alimentación–, para luego continuar con su trabajo, olvidándose de comentar el incidente con la enfermera.

Jorge comenzó a convulsionar más tarde. El paciente de la cama de al lado gritó a la enfermera cuando se percató de ello, quien llegó precipitadamente y de inmediato revisó las soluciones dándose cuenta del error. Me llamó de inmediato y cuando acudí encontré al paciente muerto. Angustiado, fui por el médico encargado del servicio, la enfermera le explica la situación y me dice que vayamos a informar a la dirección y a realizar el papeleo correspondiente.

Caminando por el pasillo nos encontramos a la madre del paciente –una mujer indígena que vestía ropa de manta adornada con bordados propios de la región, con el dolor y el cansancio reflejados en el rostro, ella había estado cerca de su hijo desde su ingreso y salió por un medicamento que no había en el hospital. Al vernos, preguntó por la salud de su hijo y el médico le dijo:

–Señora, su hijo no respondió bien al tratamiento y se murió.

La reacción de la señora fue desgarradora, repitió: “¡Se murió!”, dio un bramido muy fuerte y salió del hospital corriendo y gritando. El médico no trató de detenerla y yo tampoco, estaba paralizado. No recuerdo más de lo que pasó ese día, pero el caso no lo he olvidado.

Capítulo IV

Problemas del comportamiento

Caso 17. Violencia de género

Paulo es un hombre que vive su realidad sin cuestionarse. Un día su esposa, Josefina, cansada de ser humillada, lastimada, ignorada y golpeada, decide detener la manera “habitual” de ser tratada y acude ante un representante de la ley, a quien refiere lo siguiente:

–Hace dos días mi esposo y yo fuimos a una fiesta; nos divertimos, tomamos y convivimos. Al llegar a la casa él se disgusta porque los niños no se quieren dormir, les grita, yo me disgusto y le digo que no los maltrate; se voltea, me pega en la cara y me dice que yo no me meta; yo le regreso el golpe, se enoja y aumenta su agresión con mayor fuerza en los golpes y me empuja; me caigo y ruedo por las escaleras.

Paulo es requerido por la autoridad y al presentarse le explican que lo que él hizo con su esposa es un delito llamado “violencia familiar” y que tendrá que acudir a la unidad de salud para recibir atención psicológica o pagar con cárcel. Él opta por la primera opción. Acude a su atención y le explican que su tratamiento consiste en aplicar una serie de pruebas psicológicas cuyo objetivo es conocer

sobre su personalidad, el entorno en que vive y su historia de vida; no entiende lo que le están diciendo, apenas sabe leer y escribir -cursó hasta tercer año de primaria-, pero acude puntualmente al cumplimiento de su sentencia.

El personal de salud enfrenta el dilema, primero, cumplir con el propósito de la autoridad de “reeducar” a Paulo para que no ejerza violencia contra su mujer y sus hijos, pero se encuentran con la resistencia e inercia inconsciente de Paulo, quien no entiende qué sucede cuando le dicen:

–Date cuenta de que eres un delincuente, que estás aquí para cumplir con una sentencia porque cometiste un delito: golpeaste a tu mujer y ella te demandó.

–¿De qué me acusan? -comenta desesperado- ¿Qué no todos los hombres golpean a su mujer y a sus hijos para educarlos? Mi padre me dijo que a la mujer hay que tenerla bajo control para que no se salga del guacal y mi madre nunca lo acusó; a mí me pegó muchas veces para hacerme hombre de bien, entonces ¿que tengo yo que cambiar?, ¿por qué aquí me dicen que tengo que aceptar que estoy mal?, no entiendo nada. Ayer el doctor me dijo que como no acepto qué hice mal, me va a regresar con la autoridad, pero yo no entiendo qué tengo que hacer. Me puso a contestar una prueba, la cual leí y leí y no entendí; cuando al fin la terminé se la di, la calificó y me dijo que ahí yo acepté que causo violencia a mi mujer, yo me enojo y le digo que no es verdad...que me deje volver a contestarla, no quiso y me enojé; me salí del consultorio, busqué al director y le pedí que me cambie de doctor.

Caso 18. Una madre dominante

En una tarde lluviosa de 1991 acudieron a consulta externa la señora Estefanía y su hijo Johnny, de 17 años. Habían ido, o mejor dicho, ella lo había llevado porque

en varias ocasiones lo encontró vestido de mujer y masturbándose. A la madre aquello la angustiaba sobremanera, por eso le exigió al médico que “enviara a su hijo con el especialista para corregir esa desviación y le quitaran lo marica”.

Durante la plática el jovencito se mostraba retraído, inseguro y silencioso. El médico tratante calló durante unos segundos intentando dilucidar la situación y después realizó algunas preguntas dirigidas principalmente al chico; sin embargo, la actitud enérgica de la señora Estefanía, que se dirigía y trataba a Johnny como si fuera un niño, impidió que respondiera a las preguntas que el médico le estaba haciendo.

Ante esta situación el médico decide replantearse el caso y consultarlo con otros colegas antes de tomar alguna decisión. Mientras le solicita exámenes de rutina y lo cita para cuando tenga los resultados. Una vez realizados los estudios, acuden nuevamente a consulta que se desarrolla con el mismo comportamiento de antes: la señora Estefanía enojada y Johnny callado. Dado que el médico observa la actitud de desconfianza del chico, considera que es necesario profundizar en el caso. Probablemente deba ser transferido al servicio de psiquiatría, si así lo requiriera. Decide interrogarlo y le pide amablemente a su mamá que abandone el consultorio, pero ella sin pensarlo se negó; no obstante, después de que el médico le explicó largamente sobre la conveniencia de hablar con su hijo a solas, sin poder ocultar su incomodidad terminó por aceptarlo. Como se trataba de un menor de edad, el médico llamó a su asistente para que estuviera presente durante la entrevista.

Aun cuando su madre había salido del consultorio, Johnny seguía mostrándose desconfiado e inseguro, por ello, el médico echó mano de su experiencia para poder ofrecerle toda la confianza posible. Le aseguró que todo lo que le dijera sería estrictamente confidencial y que de ese cuarto nada saldría. Que no se

enteraría su mamá ni nadie más. Entonces Johnny comenzó a hablar, relatando lo siguiente:

–El señor Enrique no es mi papá, es el amante de mi mamá. Solo vamos los fines de semana a su casa que está en Cuernavaca, pero no me gusta mirarlos cuando hacen el amor. Me dan asco y miedo.

El médico y su asistente quedaron atónitos ante esta confesión; no obstante, se da continuidad al interrogatorio solicitando datos más específicos y Johnny continuó hablando:

–Desde que era pequeño siempre ponen una película de hombres y mujeres desnudos, después de mirarla tienen sexo en mi presencia y en algunas ocasiones hasta el señor Enrique me ha llegado a tocar.

Ya en confianza y exaltado, Johnny confesó que cuando el señor Enrique y su madre terminan de hacer lo suyo, él se queda con muchos nervios y con un impulso muy fuerte por ver películas de personas desnudas. Sabe muy bien dónde están y puede acceder a ellas sin ningún problema. Cuando terminó de hablar, Johnny se veía triste y cansado, como si hubiera dejado de cargar un gran peso.

Frente a esta situación el médico se halló en una encrucijada: se trataba de un menor de edad, ¿cómo enviarlo al psiquiatría sin su consentimiento?, ¿cómo redactar la nota sin que la señora Estefanía se entere?, ¿cómo ayudarlo?

Caso 19. Pedro, el alumno de primaria

Un grupo de tres psicólogos que prestan servicio social en una institución de salud se dirige a una escuela pública para la realización de varios talleres de corte psicoeducativo con el fin de mejorar las habilidades personales de los alumnos de quinto y sexto grado de una primaria. Se trabajaba con todos los alumnos y durante

la realización de los talleres se pudieron identificar algunos comportamientos que en particular no eran normales y que necesitaban de atención especial.

Durante un taller dirigido por Ana, una de las psicólogas, se pudo apreciar que en la ejecución de una dinámica que consistía en realizar un dibujo junto con un relato, Pedro, uno de los alumnos, presentaba dificultades para seguir algunas órdenes; en ese momento se encontraba en el grupo de quinto año, no solo tenía dificultad con la dinámica de ese momento, sino también para realizar algún trabajo equipo: presentaba comportamiento de apatía y frustración cuando no lograba ejecutar algo correctamente. Los psicólogos decidieron que ellos podrían realizar alguna evaluación con el fin de brindarle atención a Pedro y Ana se propone para llevar a cabo la intervención.

Al hacer algunas valoraciones identificó que el niño presentaba un retraso neurológico, motivo por el cual tenía dificultades para escribir a una velocidad moderada y hablar con fluidez. Ana se dispone a realizar una intervención que durará tan solo el tiempo que está prestando servicio a la institución -dos meses- para observar los cambios logrados mediante técnicas de aprendizajes a niveles macro y micro, generar una mejora tanto en la velocidad para pronunciar algunas palabras en las que muestra dificultad, así como en la escritura. Ana decide llevar a cabo la intervención durante tres semanas continuas, las cuales no pudo terminar por motivos administrativos de la escuela.

Días después llega la madre de Pedro reclamando a la institución que su hijo se ha encontrado agresivo y aislado después de que dejó de tener la intervención de la psicóloga de la escuela. Los directivos investigaron quién llevó el caso de Pedro, encontrando que fue la prestadora de servicio social, quien no informó a la institución del caso y no solicitó el consentimiento informado a la madre para poder llevar a cabo la intervención. Ana se fue de vacaciones y no entregó

informes a su institución ni a la primaria, por ello se retrasa el seguimiento y la madre decide que su hijo no continúe ningún tratamiento.

Caso 20. El psicólogo escolar

Javier es un niño que cursa el quinto año de primaria, tiene diez años y es hijo único. Durante su paso por el nivel básico de educación ha tenido problemas con su aprendizaje y rendimiento escolar, las maestras han hecho observaciones de su conducta aislada del grupo: le cuesta relacionarse con sus compañeros, solo habla con ellos para reclamar e insultarlos. Pero es en quinto año donde los problemas de aprendizaje se hacen más notorios: su caligrafía es de un niño de segundo año, su ortografía es muy mala y en los exámenes ha obtenido las calificaciones más bajas.

La maestra de Javier detecta su caso, pero se limita a canalizarlo al área de psicología y le pide a la mamá de Javier que asista a la escuela para comentarle sobre la situación escolar de su hijo, quien acude y está muy interesada en que se le brinde la atención especializada.

Javier es atendido en el área de psicología y después de tres meses no mejora su rendimiento académico. Le comenta a su mamá que cuando lo sacan de clases para ir con el psicólogo no le prestan atención, solo lo dejan leyendo o haciendo cualquier otra actividad. Javier ha presentado conductas agresivas en la escuela y también ha sido víctima de burlas por parte de sus compañeros en relación con su aspecto físico e incluso lo han golpeado.

La maestra se limita a decirle a Javier que evite a los compañeros que lo molestan y ella lo ha regañado y expuesto frente a la clase por su mala conducta y su bajo rendimiento escolar.

La mamá de Javier no regresa a preguntar por la situación de su hijo, mientras que en la escuela es excluido de las actividades en las que se trabaja en equipo y la profesora le asigna otro tipo de actividades que no tienen ninguna relación con el tema que está siendo tratado en clase.

Un compañero de Javier se da cuenta de que tiene varias cicatrices en su brazo, al preguntarle qué le había pasado, Javier pierde el control y se lanza a golpes contra él. Es enviado en ese momento con el psicólogo, quien lo deja solo en el aula.

Caso 21.Violencia: ¿consecuencia aceptable?

Rosa siempre ha vivido en una comunidad indígena, es integrante de una familia con escasos recursos y con una ideología basada en estereotipos de género donde la mujer es quien se dedica exclusivamente a las labores del hogar y su deber es atender las necesidades de los hombres de la familia. A la edad de 16 años Rosa se casa con Luis, quien vive en la misma región y más tarde tienen dos hijas.

Durante el tiempo que lleva de casada, Rosa vive episodios violentos por parte de su pareja: humillaciones, empujones, abusos sexuales, entre otros; sin embargo, nunca dio parte a las autoridades porque creía que se trataba de algo normal.

En la comunidad en donde vive varias instituciones se han organizado para llevar talleres dirigidos a las madres de familia de la escuela primaria con el objetivo de prevenir la violencia de género, los cuales son impartidos por psicólogos y otros profesionales de la salud. Rosa asiste a las sesiones donde se da cuenta de que la violencia no es algo normal y que se trata de un delito.

Ya en su casa, el esposo llega y violenta físicamente a Rosa, ella le dice lo que le informaron en los talleres con el fin de defenderse, pero él reacciona aún más violento golpeándola fuertemente. Rosa logra salir para ponerse a salvo en casa de su vecina, quien la acompaña al día siguiente a levantar una denuncia ante las autoridades, pero que desafortunadamente le argumentan que lo mejor es que regrese a su casa y cumpla con sus deberes para que no haga enojar más a su marido.

Debido a que quedó registrada la denuncia, fue remitida con el juez conciliador quien redactó un escrito donde se estipuló que el señor Luis daría una muy mínima cantidad mensual -muy por debajo de sus ingresos-, otorgándole el derecho de entrar y salir de la casa así como de llevarse a sus hijas de ocho y seis años las veces que él considerara necesarias. Rosa argumentó que puso resistencia al firmar, puesto que no estaba de acuerdo con lo establecido; no obstante, la trabajadora social le dijo que si no firmaba la institución le quitaría a sus hijas.

Sucedido esto, Rosa y su vecina contactan a la psicóloga que impartió los talleres pidiéndole apoyo para que se haga justicia. Ella escuchó atentamente la situación, sintiendo una gran indignación al conocer lo que había sucedido con la denuncia de Rosa y el acta que las autoridades le hicieron firmar; pero también, algunas de las peticiones de Rosa iban más allá de las funciones que tenía dentro de la institución que representaba.

Asimismo, la psicóloga brindó asesoría a la mujer y posteriormente remitió el caso a la institución donde laboraba, estos a su vez la canalizaron al departamento jurídico para que intervinieran en el aspecto legal y así revocar el acta que ya se había firmado; también, se le canalizó a los módulos fijos de atención psicológica para recibir una atención continua en compañía de sus hijas.

Caso 22.La señora Martha

Martha tiene 55 años de edad, acude al servicio de psicología por primera vez, ha esperado esta cita desde hace seis meses debido a que la agenda estaba llena ya que solo hay un psicólogo en todo el hospital.

La paciente es referida por el servicio de consulta general pues en su última cita informó sobre una discusión con su esposo que terminó en insultos, golpes y hasta amenazas de muerte que derivaron en una crisis nerviosa. Al ser revisada por su médico, se le encontraron moretones en todo el cuerpo y la tensión arterial muy baja. A pesar de las evidencias de maltrato, la paciente señala que su marido no es un golpeador y está muy enfermo, que ella es la culpable de su comportamiento.

El médico decide mandarla al servicio de psicología como una “cita de urgencia”, pero la secretaria no lee bien la referencia y programa su consulta hasta seis meses después; la paciente no le reclama y decide irse a su casa agobiada por la situación que estaba pasando.

Seis meses después llega a su cita en psicología, se siente ansiosa, le sudan las manos y está muy angustiada debido a que los enfrentamientos y agresiones con su esposo continúan y se han intensificado por lo que ya no sabe qué hacer; últimamente ha tenido ideas suicidas. Cuando la atiende el psicólogo, al principio sus niveles de tensión disminuyen, se siente bien y en confianza para hablar las cosas. Él empieza por hacer la ficha de identificación y el motivo de consulta, todo de una manera muy breve. La paciente explica el constante maltrato físico y emocional que recibe por parte de su esposo, cree que esto ocurre porque el señor mantiene un consumo importante de alcohol señalando que “cuando no toma es muy tierno y cariñoso”. Además de la preocupación por su marido, la paciente reporta una importante inquietud respecto a los hijos, teme “que se metan en un

problema por salirse de la casa”, ya que desde hace un año se fueron debido a la mala relación con su padre. Al llegar a este punto la señora Martha empieza a llorar desconsoladamente; sin embargo, el psicólogo recibe una interconsulta urgente que debe atender en el área de hospitalización, por lo que deja a un practicante de cuarto semestre a cargo del caso. El practicante lleva una semana en el servicio del hospital y no tiene mucha experiencia. El psicólogo le dice que le aplique unas pruebas a la señora, lo cual hace, pero Martha no para de llorar; por ello, decide dar continuidad a la entrevista antes entablada y la señora le comenta:

–Me gustaría que alguien nos juntara a mí y a mi esposo y que los niños expresaran lo que sienten; que alguien hiciera entender a mi marido que lo que hace no está bien y usaran las palabras correctas para que él entienda, porque yo ya no puedo con esta situación, yo me quiero morir.

Después de esto, el estudiante se pone muy nervioso ya que no sabe que decirle a la señora Martha, ella expresa sus ganas de morir, que su vida ya no tiene sentido y que cuando salga del consultorio se va a matar. El practicante se angustia ante esta situación, y decide ir al consultorio de la psiquiatra a pedir ayuda. En ese momento, el psicólogo regresa y logra contener la situación. La señora Martha debe quedarse en el hospital para controlar su crisis nerviosa y es referida a psiquiatría para un tratamiento integral.

El psicólogo reprende al practicante por no realizar bien el trabajo, interrumpir la consulta de la psiquiatra y le encarga calificar pruebas psicológicas que se quedaron pendientes de las consultas pasadas. El practicante se queda muy preocupado por la señora Martha y decide ir a visitarla a urgencias.

Caso 23.-Lo atacó con machete

Sería por el séptimo mes de mi largo año de servicio social cuando en una ocasión llegó a mediodía un herido que sangraba profusamente, el cual se presentó con mi enfermera para recibir atención médica. Dado lo inusitado del caso, dejé mi consulta general y procedí a atender la urgencia.

Se trataba de un hombre de casi cuarenta años que tenía múltiples heridas en los brazos y cara. Mi impresión creció al saber que habían sido causadas con un machete. Hasta ese entonces solo me limité a saber qué objeto le había lastimado, así que me puse a curar sus heridas, unas eran superficiales y otras un poco profundas, sumando un total de quince lesiones.

Yo daba por hecho que se trataba de un asalto o una riña; sin embargo, mi sorpresa fue mayor al saber que había sido atacado por su propia esposa. Me refirió que lo agredió porque la golpeaba cuando estaba ebrio, incluso que ya le había advertido, pero no hizo caso, así que esperó a que se durmiera y lo atacó con el machete que usaban en el campo. Peor aún fue saber que no era la primera vez que lo atacaba de esta manera, ya que había tratado de asfixiarlo por venganza cuando se enteró de que la engañaba con otra mujer.

Mientras me contaba lo sucedido, yo había terminado de atenderlo y dio inicio mi conflicto de acción. Me preguntaba qué debía hacer, ¿sugerirle al paciente reportar ante el ministerio público el ataque?, ¿reportar por mí mismo ante mis autoridades la violencia familiar?, o solo quedarme al margen de lo que parecía una situación de usos y costumbres Intenté razonar por qué mejor ella no lo abandonaba o se divorciaba por las faltas que él había cometido o, incluso, por qué no había denunciado la violencia contra una mujer. En fin, eran muchas mis interrogantes y en ese momento no pude contestar a ninguna y el paciente se fue.

Al poco tiempo me enteré por mi enfermera de campo que ese hombre seguía con su esposa y hasta iban a tener un hijo más de los cuatro que ya tenían.

Capítulo V

Aprendizaje de la bioética

Caso 24. La trágica noticia

Durante mi internado, en la rotación por medicina interna, pude presenciar un acto poco común en el ámbito médico.

Una paciente de 17 años con enfermedad hematológica pasaba por el segundo mes de estancia intrahospitalaria en el servicio de medicina interna, denotaba aparente mejoría, recibía visita matutina diaria por la doctora hematóloga a cargo de ella, quien era una persona muy seria, de aspecto duro, de carácter enérgico y dedicada únicamente a su trabajo. Posteriormente la visitaban los médicos internistas -según el turno correspondiente- junto con uno de nosotros como médicos internos.

Anahí era una chica activa y alegre, con un marcado deterioro por la larga estancia hospitalaria pero con ánimo de recuperarse. Un día por la mañana pasamos visita más temprano de lo común, pues la hematóloga tenía gran carga de trabajo en la consulta externa; en esa ocasión el número de pacientes hospitalizados era menor, por lo cual pudo conversar un poco más con ellos.

Al pasar con la paciente Anahí, quien siempre se encontraba acompañada por su madre -una señora muy sencilla, de gran calidez humana y con el mismo

entusiasmo que su hija-, increíblemente se encontraba con una gran mejoría. Estaba prácticamente asintomática durante la exploración física, lo que sorprendió a su mamá, a la hematóloga y nos llenó de optimismo a todos. Al revisar los signos vitales estos estaban en parámetros normales y la mamá muy emocionada preguntaba la posibilidad de que dieran de alta a su hija para que pudiera descansar mejor, a lo que la hematóloga asintió refiriendo que eso sería lo óptimo.

Terminamos la visita y la especialista se dirigió a su consultorio. Minutos más tarde la mamá de Anahí corrió a avisarnos que su hija no respondía; nos dirigimos apresurados hacia su cama y la encontramos con paro cardiorrespiratorio. Empezamos con masaje cardíaco mientras la señora buscaba a la hematóloga en su consultorio, quien subió de inmediato. Nosotros continuábamos dando masaje pero las maniobras ya superaban los 20 minutos y no había respuesta.

La madre de Anahí estaba muy desconsolada: lloraba y gritaba en el pasillo de la sala que por dos meses se convirtió en el hogar de su hija. Minutos más tarde la hematóloga se encontró con la madre de Anahí, su mirada parecía desconcertada, llena de pesar y con la esperanza muerta. Lo que nos sorprendió a todos fue la reacción que tuvo la doctora, quien no dijo nada, solo se dirigió directamente a la señora y la abrazó por unos minutos, con las palabras precisas y de forma muy sutil le pidió los papeles necesarios para los trámites legales a realizar, dando de esta forma la trágica noticia.

La señora asintió y a la vez pregunto:

—¿Y ahora qué pasará?

—Señora, lo que tanto anhelábamos— respondió la doctora—: por fin su hija está descansando verdaderamente.

A todos nos impresionó la forma de manejar la situación por parte de la doctora, cómo sin explicar detalles pudo darle la noticia a la desconsolada madre, cómo un

poco de calidez dio tranquilidad y resignación a la señora; en especial, cómo hizo que la noticia fuera asimilada, entendida y en cierto modo, reconfortante.

Caso 25. Decidir sobre otros

Recuerdo que cuando cursaba el tercer año de la carrera de medicina tenía una rotación en un hospital general con un gran número de camas, lugar donde debíamos realizar guardias.

Eran las primeras veladas que cumplía en la carrera y me emocionaba bastante. Me preguntaba cómo sería el hospital en la noche, sus movimientos y todas las cosas por hacer y aprender. Tenía deseos de poder colaborar en algún procedimiento o ver de cerca cómo realizarlo, lo cual significaba una felicidad inmensa para mí y mis compañeros. Al recordar estas primeras guardias, me viene a la mente un momento realmente difícil por la carga moral y ética que inclusive hoy me parece un tanto inverosímil.

Aunque estábamos de guardia en traumatología con la finalidad de aprender a colocar yesos y vendajes, nos pidieron apoyo en el servicio de urgencias. Esa noche primero llegó una ambulancia con un paciente que intentó suicidarse, como parte de su tratamiento ameritó de apoyo ventilatorio y además se conectó a un monitor. A su llegada causó gran movimiento del personal para iniciar su tratamiento con la finalidad de revertir la intoxicación; en ese momento la sala de urgencias estaba llena y sin camas disponibles.

Después de transcurrir una hora, llegó otra ambulancia en donde traían a un paciente que había tenido un accidente automovilístico, los paramédicos mencionaban que iban a llegar más con el resto de accidentados. Explicaron que este era el más grave —el conductor—, un padre de familia que chocó a causa de

otro individuo que conducía bajo los efectos del alcohol; se había pasado un alto en un cruce, iba con exceso de velocidad y se impactó de manera frontal contra el otro vehículo. El resto de pasajeros, que incluían la familia completa del paciente, no estaban tan graves e incluso el causante del accidente tampoco tenía un estado de gravedad.

El paciente que recién llegó venía con apoyo ventilatorio manual. El médico de guardia encargado en urgencias le comentó al paramédico que no tenían ya ventiladores disponibles en el hospital, por lo cual no podrían recibir al paciente, pero este le comentó que por el radio los habían mandado a dicha institución de salud y que no podían rechazar al paciente, sobre todo, por su estado grave. El médico nuevamente preguntó al personal de enfermería sobre la disponibilidad de ventiladores en el hospital, quienes constataron que no contaban ya con dicho recurso.

–Se trata de una injusticia, un borracho te choca en la esquina y tú eres un padre de familia responsable que trabajas y de repente te mueres porque en el hospital no tienen un ventilador y resulta que un estúpido que se quiere quitar la vida lo tiene puesto –exclamaba el médico en voz alta.

–Hey, tú ¿quieres aprender más?, ven para acá, tráeme ese ventilador de allá, desconéctaselo a ese hijo de... Si quería quitarse la vida, aquí se les da gusto y no vamos a estar estorbando en sus deseos, hay gente que lo necesita más –ordenó el médico a una compañera mía, agregando:

–Hoy vas aprender a conectar un ventilador.

Sin pensarlo dos veces, mi compañera fue rápido por el aparato y el resto de los presentes, incluidos paramédicos, enfermeras y camilleros, estaban un tanto sorprendidos.

Al verlo ya desconectado, una enfermera comentó:

–Está sucio el sistema de conectores doctor, tengo que esterilizarlo y tardará un rato

–No importa, solo enjuágalo rápido y tráelo para acá –y me dio la orden para que ayudara a enjuagar lo más rápido posible las mangueras y conectores.

Después, el médico agregó:

–Es preferible que se enferme de una pulmonía a que se muera, de una vez le pondremos esquema antibiótico, ¿tenemos imipenem? –a lo que le contestaron afirmativamente.

De vez en cuando el personal volteaba al monitor del paciente con intento suicida para ver si todavía marcaba señal, la cual se fue extinguiéndose poco a poco.

Durante la residencia, confirmé mi percepción sobre el desdén con el que tratan algunos médicos a aquellos pacientes que intentan suicidarse. Recuerdo a un internista que siempre que le tocaba pasar visita y veía a un paciente suicida les decía groserías y frases como: “Cuando quieras matarte, procura la próxima vez aventarte a las vías del metro y no nos hagas perder el tiempo, acá atendemos urgencias de verdad”, o cuando se trataba de un paciente masculino enunciados tipo: “Un hombre de verdad cuando se quiere matar se da un tiro en la cabeza y listo, no está llamando la atención y llorando, haznos un favor: deja de hacerte el mártir y si en verdad quieres matarte, cómprate una pistola y déjanos trabajar en el hospital”.

Caso 26. En redes sociales

Cierto día el profesor llegó a su clase como de costumbre, pero antes de entrar al salón, un joven lo abordó para decirle:

–Maestro, yo no soy alumno suyo, soy amigo de una de sus alumnas y vine a verla, la esperaré a que termine su clase para pasar a dejarla a su casa... ¿me podría permitir entrar para no tener que esperarla afuera?

Ante una actitud tan espontánea, el profesor accedió con agrado y bromeó:

–Ojalá que te sirva para aprender algo –sin imaginar que sí; esa situación, en apariencia intrascendente, habría de dejarle una enseñanza.

La sesión transcurrió sin incidentes y concluyó de esa misma manera. Al terminar, el chico que entró a clase sin ser del grupo, a quien llamaremos David, se despidió agradeciendo al profesor que le hubiera permitido estar dentro del salón durante esas dos horas.

Dos días después, en el cubículo del profesor se presentó Rolando, uno de sus alumnos, quien le informó que durante la última clase David –el joven que no era del grupo– sin que nadie lo advirtiera grabó un video con la cámara de su teléfono celular, en el que aparecía Rolando exponiendo el tema que para esa ocasión el profesor le había asignado y que después de grabarlo, publicó dicho video en redes sociales haciendo mofa de él, quien explicó al profesor que lo de menos era enfrentar a David y cobrarle cara a cara el insulto, incluso si era necesario, llegar a los golpes. Pero que en lugar de hacer eso quiso enterar al profesor para que se tomara una medida menos personal, dado que el incidente tuvo inicio durante una clase y en las aulas de la institución educativa.

El profesor escuchó con atención lo narrado por Rolando y estuvo de acuerdo con él, argumentando que se trataba de una situación molesta y felicitándolo por mantener la serenidad, asimismo, le comentó que reportaría lo ocurrido a la dirección del plantel.

Y así lo hizo. Ese mismo día el profesor habló con el director, reflexionaron acerca de las diversas formas en que se puede manifestar un comportamiento

ofensivo, en este caso a un estudiante, pero indirectamente también al profesor y a la propia institución educativa y cómo esas ofensas pueden ser sutiles, escurridizas y en este caso, no previstas en el reglamento escolar.

Más allá de las propuestas que la dirección haría para modificar el estatuto y las posibles medidas ante este tipo de situaciones, el profesor encontró conveniente analizar la situación presentada como un “caso” en el que de manera unánime, los estudiantes reprobaron la conducta de David.

Capítulo VI

Otros temas

1. Muerte digna

Caso 27. Enfermedad de Menkes

En memoria de Rabanito

Se trata de un lactante mayor de dos años ocho meses, primer hijo, padres no consanguíneos, sin antecedentes patológicos de interés; embarazo controlado de 38 semanas, parto eutócico, Apgar 9/10, peso de 2,900 kg; implantación de pelo anormal y con características especiales: duro, quebradizo, con áreas de alopecia parietal temporales, color rubio grisáceo.

Al mes de nacido presentó un cuadro de crisis tónicoclónica de extremidades, sin causa aparente, condición que llevó a los padres a consultar al neurólogo de urgencia, el cual hizo el diagnóstico de: “Crisis convulsivas de origen a determinar”, dio tratamiento domiciliario con ácido valproico e indicó a la madre vigilarlo estrechamente. Aunque la madre le comentó al médico sobre las características del cabello del menor, este no le dio importancia.

El tratamiento prescrito no tuvo ninguna respuesta, por lo que el pequeño fue llevado a un hospital para niños en un segundo nivel de atención. Después de ser

valorado y realizar exámenes de laboratorio y resonancia magnética, establecen tratamiento para control del estatus epiléptico, al no encontrar el origen de las convulsiones ni su control, deciden enviarlo a un hospital infantil de tercer nivel, en donde después de un mes de internado se determina el diagnóstico de: “Error innato del metabolismo: síndrome Menkes”. A partir de esta fecha inicia el peregrinar de los padres con un hijo que tenía una enfermedad rara de la que casi nadie sabía, ni siquiera los propios médicos y con poca esperanza de vida para su pequeño hijo. Así transcurrió su primer año de vida: un ir y venir a su control de crisis convulsivas.

Al cumplir un año padeció un cuadro de neumonía que lo llevó a hospitalización y al mismo tiempo le fueron diagnosticadas dos hernias inguinales de resolución quirúrgica. Al paso de los días sus padres observaron cómo se fue deteriorando y se percataban que su crecimiento y desarrollo no era normal, tenía un gran déficit neurológico.

Tiempo después, volvió a sufrir otro evento de neumonía grave y manifestó problemas para succionar, lo que condicionó frecuentes problemas respiratorios. Los médicos decidieron realizar gastrostomía para que pudiera ser alimentado; su madre casi no dormía por vigilarlo las 24 horas del día y permanecer en el hospital a su cuidado.

Un familiar –profesional de la salud– con conocimiento de la enfermedad y el entorno de quienes la padecen, la orientaba sobre el manejo y cuidado del bebé. Le informó que el niño no viviría por mucho tiempo y le recomendó buscar ayuda de cuidados paliativos domiciliarios, pero ¡oh, decepción!, no encontraron al personal profesional que le brindara cuidados en el domicilio. Su familiar les brindó apoyo e inició labor de convencimiento para solicitar no más tormento para el pequeño y que dejaran a la naturaleza de la enfermedad seguir su rumbo

y que el pequeño *Rabanito* –así le llamaban por su carita sonrojada y el cabello blanco– dejara de sufrir. Bajo los consejos de su familiar lo mantenían lo más confortable y feliz que podían, si a esto se le puede llamar felicidad.

Unos meses después el niño ingresó al servicio de urgencias en el cual ya era ampliamente conocido, iniciaron tratamiento para reposición de líquidos pero el personal de enfermería no logró instalar un catéter venoso periférico; el médico en turno dio indicaciones de pasarlo a quirófano para sedarlo un poco e instalar catéter yugular, durante el procedimiento, el niño cayó en paro cardiorrespiratorio y gracias a las maniobras de reanimación lograron revertir el evento, manteniendo al pequeño con asistencia mecánica ventilatoria, manejo de aminos, antibióticos y transfusiones de elementos sanguíneos.

Al terminar el procedimiento, dieron aviso a los familiares del evento y las condiciones en que encontrarían al niño; la madre, al escuchar todo lo acontecido, cuestionó al médico sobre la conveniencia de la reanimación, aclarando que ella ya había solicitado que no quería más sufrimiento para su hijo. Ante esta situación el médico residente de pediatría la amenaza con dar parte al ministerio público por dicha decisión, ya que para él era ilógico que una madre pidiera eso para su hijo, por lo que ella responde:

–Solo una madre ignorante y sin amor prolonga la agonía de su hijo.

Después de esa discusión la mamá de *Rabanito* acudió al Comité de Calidad del hospital solicitando orientación para intervenir ante el manejo médico de su hijo, amablemente el responsable del Comité la atiende informándole que su caso será analizado en sesión especial, pero jamás supo que decidieron, pues la actitud del personal de salud seguía siendo la misma. Días después, a petición de los familiares, el paciente fue trasladado a un hospital de tercer nivel, su estado era grave, lo mantuvieron en urgencias con asistencia mecánica ventilatoria, aminos,

líquidos intravenosos y tomando muestras para estudios de laboratorio de manera constante.

El médico responsable del turno informa a los padres que desafortunadamente había llegado el momento que tenía que llegar: el final de la historia natural de la enfermedad.

Rabanito ganó sus alas al cielo el 12 de junio de 2012, a las 0:00 horas. Los médicos pidieron autorización a los padres para que le pudieran realizar la necropsia y tomar muestras de diferentes órganos, someterlos a investigación y con ello ayudar a otros pacientes con este problema, pero la mamá se negó ante tal solicitud. Tardaron tres horas en extender un certificado de defunción, luego, el cuerpo fue llevado a la funeraria para ser preparado y es ahí donde se percatan de que tiene una incisión en el abdomen, como si le hubieran realizado una cirugía sin su autorización, ante el dolor y el agotamiento, la madre decide no realizar nada al respecto, su pequeño ya no estaría más con ella.

Caso 28. Muerte digna para Lichita

Lichita era una joven universitaria que recién cumplía sus 22 años, era la hermana menor de tres varones quienes ya se encontraban trabajando y la consentían mucho por ser su “hermanita”; sus padres la querían bastante al igual que toda la familia. Era una estudiante comprometida, sus calificaciones siempre fueron buenas y todos estaban muy orgullosos por su desempeño escolar.

La emoción por concluir su carrera en Derecho la mantenía sumamente ocupada: preparaba exámenes finales y terminaba los trabajos académicos para no tener problemas con ninguna asignatura; por otra parte, la expectativa de la ceremonia de graduación y la fiesta organizada con mucha anticipación la tenían

emocionada y por ello quería lucir espectacular ese día. Tenía en mente comprar un hermoso vestido, ya había visto varios modelos, así que para lucir mejor el que era de su agrado, comenzó una dieta estricta para poderse ver como sus amigas que eran más delgadas y según ella, más guapas.

Una semana antes de terminar los exámenes finales, su grupo organiza una fiesta de despedida previa a la graduación y Lichita decide ir.

La dieta que se había impuesto consistía en consumir solamente dos rebanadas de pan integral y tres hojas de lechuga, que era su alimento en 24 horas los últimos días; debido a la ansiedad que le generaba el hambre, decidió tomar un diazepam del botiquín de sus padres para estar más tranquila antes de ir a la fiesta.

Durante el transcurso de la reunión realizada en casa de uno de sus compañeros, brindó con todos los presentes ingiriendo cantidades excesivas de alcohol con el pretexto de que era la última reunión del grupo, después de unos minutos dijo a sus amigos que se sentía mareada y fue a recostarse a una cama pensando que esto la haría sentirse mejor.

Más tarde sus compañeras fueron a buscarla y la encontraron inconsciente y al parecer sin respirar. Nadie sabía qué hacer, ni lo que le sucedió, así que decidieron llevarla de urgencia a un hospital; en el camino llamaron a sus padres, quienes de inmediato fueron al encuentro.

El médico tratante al entrevistarse con los papás de Lichita, quienes estaban muy preocupados, les informó:

–El diagnóstico de su hija es una anoxia prolongada por falla del sistema autónomo y carencia respiratoria por lo cual se tuvo que someter a ventilación mecánica en el hospital.

Sin entender totalmente la información, la madre le pregunta:

–¿Pero se va a recuperar, doctor? –el médico mueve negativamente la cabeza y

le dice que Lichita tiene un daño cerebral tan grave que quedó en estado vegetativo. No se precisó la causa de la falla respiratoria aunque los médicos establecieron la hipótesis de que se quedó dormida o inconsciente y que posiblemente se ahogó con su propio vómito, pero que también pudo haber sido el resultado de una combinación letal: el elevado consumo de alcohol en corto tiempo, el diazepam y la autoimpuesta privación de comida.

La familia se turnaba para estar con Lichita el mayor tiempo posible, pero después de algunos meses, al ver que ella no presentaba mejora alguna y su estado físico empeoraba, se reúne para decidir qué hacer. Los padres y hermanos decidieron que lo mejor era quitarle el respirador mecánico que la mantenía con vida para dejarla ir y que no sufriera más, ante lo cual se negó el personal del nosocomio.

La familia de Lichita, molesta con la decisión del hospital de no respetar su voluntad, decidieron llevar su caso ante la ley; el abogado que contrataron les dijo que no sería un caso fácil pues en México aún no se tenía una legislación clara al respecto y Lichita –que jamás pensó estar en una situación semejante pues difícilmente se enfermaba– no había dejado indicaciones en caso de enfermedad grave.

Después de casi dos años de trámites, abogados y papeleo, finalmente se autorizó la decisión de los padres de quitar el ventilador a su hija. La decisión de desconectar a Lichita fue difícil, pero no soportaban ver cómo empeoraba y sufría entre otras cosas, ya que cuando Lichita estaba sana, pesaba 64 kilos y a medida de que empeoró su estado físico, su peso era de apenas 36.

Cuando le fue quitado el respirador, Lichita sorprendió a sus padres porque continuó respirando de forma voluntaria, alimentando la remota posibilidad de su familia para una eventual recuperación; sin embargo, a pesar de este buen signo,

Lichita nunca mejoró y vivió en estado vegetativo persistente por dos años hasta su muerte, la cual se debió a una neumonía grave a causa de una complicación de la inmovilización prolongada.

Caso 29. La decisión de un paciente

En un centro de hemodiálisis privado, Mireya –una enfermera clínica con más de ocho años de experiencia– se enfrentó a una difícil situación originada por un hombre de 56 años a quien llamaremos Julio. Él vive con diabetes desde los trece y en tratamiento con hemodiálisis desde hace doce. Es ciego desde los cuarenta y seis y presenta amputación de ambas extremidades inferiores. Las habilidades de comunicación y razonamiento de Julio se mantienen intactas. Es importante aclarar que dentro de la terapia no se contaba con apoyo psicológico.

Un día Julio solicitó hablar con Mireya, por lo que se dispuso de tiempo posterapia de hemodiálisis para tener una conversación; él informó a la enfermera que no deseaba seguir asistiendo a la diálisis porque está cansado de la vida y de sentirse así. Ante esto, la enfermera le responde que ese día quizás estaba un poco deprimido y sin ánimo, pero que mañana será otro día, amanecerá contento y las ganas de vivir volverán. Julio tomó su mano y le mencionó que no, que en verdad ya no volvería al centro de diálisis, que ese día era el de su despedida.

La enfermera estaba convencida de que se trataba de una reacción emocional propia frente al desencanto de su realidad y que pronto se recuperaría. Sin querer mortificarlo más, se despidió de Julio. Luego, comunicó la situación al médico de turno y al jefe de servicio; como era habitual, autorizaron que fuera llevado a su casa por la ambulancia del centro.

Posteriormente, la enfermera se puso en contacto con los familiares del paciente, quienes confirmaron que en efecto, él había tomado la decisión de no someterse más a la hemodiálisis y además le refirieron un sinnúmero de temores, inquietudes y por supuesto, la tristeza de los resultados de esa decisión.

El día en que correspondía una nueva hemodiálisis, Julio no acudió al centro por lo que el equipo de salud compuesto por: tres enfermeras, el médico tratante, el médico jefe del centro y el dueño de este –quien además era abogado–, se reunieron y analizaron la situación de Julio y decidiendo “dejarlo descansar” de una sesión. La enfermera lo llamó por teléfono para darle las indicaciones habituales para una persona que no acude a su tratamiento, él contestó muy amable refiriendo:

–No se preocupen por mí, estoy tranquilo y consciente de mi decisión. No envíen más la ambulancia a buscarme.

A pesar de esto, para la siguiente sesión enviaron nuevamente la ambulancia. La enfermera recibió la llamada del chofer informando que Julio afirmaba que no se iba a presentar. La enfermera coordinadora, junto con los demás integrantes del equipo de salud, coinciden en que fuera Mireya a buscarlo y convencerlo de que continúe su tratamiento, situación que había sido previamente acordada con la sobrina de Julio.

Desalentada, Mireya refiere que el paciente se negó a acompañarla y que desde luego podían llevarlo por la fuerza. Durante los siguientes días la enfermera llamó a Julio diariamente en un intento más para que accediera al tratamiento, pero todo fue en vano. Finalmente, la enfermera procuró crear un contacto diario con Julio para ayudarlo a “entender la muerte como un acto humano” y a morir con dignidad. Transcurridos once días, los familiares de Julio llamaron al centro para informar su fallecimiento. Parte del equipo y Mireya asistieron al funeral.

2. Trasplantes

Caso 30. Bioética y trasplante renal

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública que crece cada día, sobre todo por el incremento de otras enfermedades que la generan como son la diabetes y la hipertensión arterial; otra enfermedad que la ocasiona es la glomerulonefritis y existe un porcentaje bajo de casos en los que no se identifica la causa y afecta principalmente a personas jóvenes, como es el caso que a continuación se presenta.

Margarita tiene 28 años, es la hija menor de una familia con siete hijos, su única hermana es profesora mientras que los varones se dedican al comercio, al igual que su padre.

Durante su niñez Margarita fue enfermiza y por ello tanto sus padres como sus hermanos la sobreprotegían y procuraban cubrir sus caprichos y necesidades.

A la edad de 19 años, Margarita había recibido su diploma de secretaria ejecutiva y consiguió trabajo. Aunque su carácter es difícil —es muy obsesiva y perfeccionista en su trabajo—, logra integrarse con sus compañeros y su jefe reconoce su labor, por lo que se hace acreedora a los estímulos establecidos en esa organización.

Ocho meses después de empezar a trabajar presenta fatiga, anorexia, pérdida de peso y náuseas, el médico de la empresa le receta vitamínicos y su familia le recomienda que asista a su clínica para que le realicen estudios; sin embargo, ella se niega, ya que no le gusta faltar al trabajo. Al paso de los días presenta poliuria nocturna, palidez extrema, hematuria, edema de miembros inferiores y amenorrea.

Ante la preocupación familiar, la llevan al médico privado quien le recomienda estudios de laboratorio que comprenden un examen general de orina, biometría hemática y química sanguínea; la alteración más importante fue la elevación de la creatinina sérica, el médico le diagnostica insuficiencia renal aguda y la refiere a su clínica.

Los estudios y el tratamiento ratifican el diagnóstico, los médicos le comentan a la familia que este tipo de insuficiencia puede ser reversible y durante algunas semanas se ve recuperación de la paciente y regresa al trabajo, aunque sigue en observación en la consulta de nefrología.

Pasan los meses y Margarita vuelve a tener fatiga, anorexia y edema leve en miembros inferiores. En los estudios de laboratorio se mantienen altos los niveles de creatinina y la alteración en la filtración glomerular renal es cada vez mayor, por lo que Margarita es diagnosticada con insuficiencia renal crónica y es tratada inicialmente con diálisis peritoneal.

El equipo médico que la atiende le comunica a la familia que es necesario un trasplante renal, ya que la paciente es joven y participativa en el tratamiento, cuida su dieta y tiene apego a la vida. Le dan la opción del trasplante de persona viva el cual tiene buenos resultados y sugieren la búsqueda de donantes. De inmediato, la madre convoca a los hermanos para proponerles que se sometan a los estudios y que dependiendo de los resultados alguno de ellos pueda ser el donador.

El primer trasplante se realiza a la edad de 22 años, la vida de Margarita y su familia cambia y aunque mantiene una dieta rigurosa y sigue el tratamiento recomendado, después de ocho meses del trasplante se presentan signos de rechazo y regresa a la hemodiálisis.

El carácter de la paciente ha cambiado, tiende a retraerse y contesta de mala manera a su madre, quien es quien la cuida. Es renuente al tratamiento, lo que

desencadena conflictos en la familia, ya que los hermanos tratan de apoyar sin que la paciente acepte su ayuda.

El médico tratante le sugiere a la familia que se intente un nuevo trasplante y otro hermano, a quien su madre le ruega que acepte ser el donante, decide finalmente donar un riñón sin estar totalmente convencido, pero la historia se repite: recuperación, integración al trabajo y a los seis meses nuevamente se presenta rechazo. La familia está devastada, los hermanos donantes se sienten frustrados por estos resultados; afortunadamente ninguno ha tenido complicaciones y hasta la fecha están aparentemente sanos.

Sin embargo, la madre de Margarita y ella misma deciden hablar con los médicos para plantear otro trasplante. Con algunas reservas el nefrólogo les comenta que podría hacerse, pero considerando posible rechazo. La paciente y su madre hablan con los hermanos que no han donado para solicitar –exigir– el apoyo con otro riñón pero ya no hay una buena respuesta por los resultados anteriores y ella se enoja mucho llegando a la ruptura de las relaciones familiares. Acude al comité de trasplantes y la respuesta es que la lista de espera es larga y que dado sus antecedentes de rechazos, la mejor opción es que la familia consiga a los donantes y ella deba mantenerse en hemodiálisis, que es la opción más viable.

3. Bioética y salud pública

Caso 31. Error en la aplicación de vacunas

En México existen muchas comunidades rurales dispersas menores de 500 habitantes en las cuáles es difícil y costoso instalar servicios de salud. Para ello,

los sistemas estatales han establecido estrategias de ampliación de la cobertura de servicios básicos de salud a través de unidades móviles. El siguiente caso implica a un médico y dos enfermeras quienes conforman un equipo móvil que lleva servicios a comunidades muy apartadas y con población escasa y dispersa.

Este equipo se traslada en un vehículo y debe visitar varias comunidades en las que, entre otras actividades, aplican vacunas a niños, atienden a mujeres embarazadas, dan el seguimiento médico a las personas con enfermedades crónicas y el médico consulta a los enfermos que acuden a demandar el servicio.

Las enfermeras dividen su trabajo: la *enfermera A* vacuna a los niños y adultos –según sea el caso– y da las pláticas de educación para la salud; hace un mes que se integró a esta brigada. La *enfermera B* atiende a los adultos, hace toma de presión arterial, realiza *test* sanguíneo para medir glucosa y aplica insulina a los diabéticos, también, apoya al médico en la consulta.

Por falta de recursos, la brigada solo cuenta con un termo en el que se transportan vacunas e insulina, separados en pequeños recipientes que han sido identificados con letreros poco visibles.

El lunes que inicia la jornada han llevado vacuna contra la influenza y tienen indicación de aplicarla al personal de salud que no la haya recibido. Por una equivocación ese día la *enfermera B* coloca la insulina en la caja de la vacuna contra la influenza y al pasar por una unidad de salud que está en su ruta, preguntan si existe alguna persona que no haya recibido vacuna contra dicha enfermedad y la médico responsable de la unidad les dice que la pasante de enfermería acaba de integrarse y no ha sido vacunada.

La pasante de enfermería es una joven de 23 años de edad quien procede de una comunidad rural y ha tenido que trabajar y estudiar simultáneamente por la pobreza de su familia, incluso, dejó de estudiar un año pues su madre enfermó

y tuvo que apoyar en casa, tanto en el aspecto económico como con el cuidado de la familia. De primera intención, ella no acepta vacunarse pues refiere haber recibido la vacuna el año anterior; sin embargo, las enfermeras y la médico la convencen de la necesidad de reforzar anualmente la vacunación por el cambio en la cepa del virus de la influenza. Sin estar totalmente convencida, la pasante acepta ser vacunada, sobre todo por la presión de su jefa y para no parecer ignorante ante sus colegas. La *enfermera A* procede a vacunarla y se retiran a la siguiente comunidad.

Minutos después de haber sido vacunada, la pasante de enfermería se siente mal, presenta sudoración, visión borrosa, temblores y angustia. La médico de la unidad diagnostica hipoglucemia y le suministran solución glucosada, pues no responde a la ingestión de agua azucarada.

Al llegar a la siguiente comunidad la *enfermera B* debe aplicar insulina a los pacientes diabéticos e identifica el error en la aplicación a la pasante de enfermería, lo comenta con los demás integrantes del equipo y después de discutirlo deciden regresar a la unidad de salud, en donde la pasante se ha recuperado y la médico responsable de la unidad les reclama por el error en la aplicación del biológico.

La *enfermera A* ofrece una disculpa a la pasante de enfermería por el error cometido, pero ella no acepta la disculpa y solicita permiso para ir a su casa, que está en una comunidad cercana. Es trasladada en la unidad móvil del equipo de salud y se le autorizan tres días de descanso. El caso es notificado a las autoridades pertinentes.

Los padres de la pasante de enfermería ponen una queja por escrito y amenazan con demandar a la enfermera que cometió el error.

Las autoridades de salud investigan el caso y se toma la decisión de despedir a la enfermera que cometió el error y quien solo tiene un contrato temporal, ella

es mamá soltera –el único sostén de su familia– y vive con su madre, quien cuida a su hijo.

La familia no queda satisfecha con la decisión tomada, comentan que debieron recibir indemnización económica por los daños causados, pero las autoridades de salud se deslindan de esta solicitud manifestando que ya existe una sanción y queda fuera de su jurisdicción la demanda de la familia. Por el costo que implica un juicio, la familia de la pasante decide no demandar y que la joven termine el servicio social.

Caso 32. El médico pasante y la aplicación de vacunas

El programa de vacunación universal en México ha sido uno de los más exitosos en el mundo por su cobertura, pero sobre todo por el impacto que ha tenido sobre la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles en la población infantil. Los componentes de promoción, capacitación y supervisión han sido de gran importancia sin dejar de lado la participación social que en etapas de intensificación, como los días nacionales de vacunación, ha sido invaluable. Todas las instituciones de salud se comprometieron a participar, distribuyéndose regiones en todos los estados que componen nuestro país.

La vacunación contra el sarampión –prioritaria en todo el país durante aquella época– mostró lecciones importantes para los sanitaristas pero más para los epidemiólogos, ya que en la década de los noventa, a pesar de las amplias coberturas de vacunación, se presentaron en todo el país brotes epidémicos de la enfermedad, debido a que al vacunar solamente a menores de cinco años quedaron susceptibles otros grupos de edad, incluyendo adolescentes y adultos.

Como enfermera sanitarista, realicé actividades de supervisión del programa: debía visitar las unidades de salud y acompañar a las brigadas para verificar, entre otras actividades, la participación comunitaria en el mismo, que por cierto, siempre fue positiva, ya que las personas aceptan muy bien las acciones enfocadas a la protección de la salud de sus niños.

En una ocasión acudí a supervisar una región con clima cálido y dispersión poblacional; en compañía de otra compañera enfermera nos trasladamos en un vehículo oficial. Visitamos varias unidades de salud, nos preocupaba mucho la red de frío pues en esas comunidades la energía eléctrica se suspendía frecuentemente y con el clima caluroso sería fácil que el biológico se inactivara; sin embargo, encontramos que la organización y desarrollo del programa era adecuado, solamente dimos algunas indicaciones para mejorar la información que se daba a las madres de familia que pacientemente esperaban a que les tocara el turno para vacunar a sus menores; platiqué con algunas de ellas y con satisfacción encontré que entendían el beneficio de la vacunación, aunque no conocieran muy bien de qué vacunas se trataba.

En el segundo día de supervisión fuimos a una comunidad con unos mil habitantes, alejada a tres horas y media aproximadamente de la cabecera municipal. Había una unidad de salud atendida por un médico pasante y una auxiliar de enfermería –quien estaba de incapacidad por haber tenido un bebé–; llegamos después del mediodía, el calor era intenso y no había gente, lo cual no es raro pues en estos lugares las actividades inician muy temprano.

El médico pasante estaba un poco nervioso por nuestra presencia, ya que había llegado dos semanas antes, lo capacitó una enfermera que fue a visitarlo recién llegó, pues no pudo incorporarse al curso organizado en la cabecera municipal.

Para socializar con el pasante de medicina platicamos del clima y la comunidad, él había estudiado en una zona urbana y estaba sorprendido con todo; no obstante, tenía una gran disposición para el trabajo.

–Solicité una comunidad rural para realmente hacer un verdadero servicio social –dijo.

Ya entrando en materia nos comentó que se le habían terminado las vacunas y que esperaba ir en la tarde por más. Eso llamó mi atención pues me habían informado que a cada equipo de vacunación se le entregaron las dosis necesarias más un pequeño excedente.

Revisamos los formatos de registro, tenían que vacunar a 123 niños y solamente se había vacunado 25 el día anterior, le pregunté si había guardado los frascos vacíos y me dijo que sí, al tiempo que los sacó de un cajón y al revisarlos me quedé fría: cada frasco contenía cinco dosis. Tratando de entender qué pasó, le pedí al médico que me dijera cuál era la presentación de los frascos y me dijo que de una dosis, le mostré uno y palideció al leer el marbete. Disculpándose comentó que en la breve capacitación que le dieron solamente le mostraron los frascos con una dosis y no tuvo el cuidado de revisar los que recibió, además de que el personal que le hizo entrega del biológico tampoco le aclaró sobre el número de dosis por frasco.

Pasando la primera fase de estupor y miedo por el impacto que podría tener ese error, le pedí que me acompañara a visitar las casas de los niños vacunados bajo un sol inclemente; favorablemente, ninguno de los pequeños tenía reacciones adversas e informamos a las madres de los niños que ante cualquier síntoma los llevaran a la unidad de salud.

Regresamos para revisar el refrigerador que aparentemente estaba bien, pero el pasante refirió que el fin de semana se interrumpió el suministro de energía

eléctrica el sábado por la noche y el domingo; él tuvo la precaución de no abrir el refrigerador, pues esa era la indicación que tenía. El flujo eléctrico se reactivó el lunes por la madrugada y más tarde, al mediodía, él inició la vacunación.

Ningún niño tuvo reacciones adversas, pero tampoco anticuerpos, lo cual se comprobó mediante estudios serológicos.

Caso 33. ¿Equidad en la distribución de recursos para salud?

Rosa María es una joven de 19 años, casada y que se dedica a las labores del hogar; es originaria y residente de una localidad rural con población dispersa como muchas en el país, su casa es una de las más alejadas en esta localidad donde varios adultos hablan alguna lengua indígena. En ese pequeño poblado se encuentran 112 viviendas, habitadas por menos de 600 habitantes, poco más hombres que mujeres. El índice de fecundidad de la población femenina es de 4.7 hijos por mujer. El porcentaje de analfabetismo entre los adultos es cercano al 15 por ciento, más acentuado en las mujeres que en los hombres y el grado de escolaridad es de 3.7.

Rosa María no pudo asistir a la escuela; era la mayor de cinco hermanos y debía ayudar en la casa, por ello, no sabe leer ni escribir. Está embarazada y es llevada por su marido a la unidad de salud más cercana, que está a una hora de distancia caminando, pues no existe transporte regular en la comunidad.

La unidad de salud es atendida por un médico pasante en servicio social y una auxiliar de enfermería, con los recursos mínimos para prestar servicios ambulatorios de medicina general.

En la historia clínica se reportan los siguientes antecedentes personales no patológicos: vivienda con un cuarto en donde también está la cocina –el fogón

está en alto y utiliza madera o carbón para cocinar—, piso de tierra, no tienen agua potable en la vivienda y la obtienen de un pozo comunitario, además de disposición de excretas en letrina; su alimentación es mala en calidad y cantidad, ingiriendo alimentos en dos ocasiones al día: alrededor de las once horas y a las cinco de la tarde, consume carnes rojas o pollo una vez por semana, verduras casi cada tercer día, frijoles y tortillas diario, pan y leche dos veces por semana y niega ingesta de alimentos chatarra y bebidas endulzadas. Mantiene una higiene deficiente realizando baño una vez a la semana. No realiza ningún deporte o actividad física relevante. Es analfabeta y practica la religión católica.

Sus antecedentes personales patológicos son: probable parasitosis en la infancia, faringoamigdalitis el año anterior sin tratamiento médico, se desconoce alergia a medicamentos y presenta inmunizaciones incompletas no comprobables bajo cartilla.

Entre sus antecedentes familiares se encuentra que su abuela materna tiene diabetes mellitus controlada de 25 años de evolución, el padre con hipertensión arterial de diez años de evolución controlado y sin complicaciones, madre muerta por cáncer de mama y su hermana de 35 años de edad recién diagnosticada con hipertensión arterial.

Actualmente presenta un embarazo de 28 semanas de gestación, inició su vida sexual a los 17 años, no utiliza ningún método anticonceptivo, ha tenido una pareja sexual, un solo embarazo, ningún parto o aborto y no ha tenido control del embarazo. Inicia padecimiento actual con cefalea de carácter frontal con cuatro horas de evolución, edema periférico, náuseas, vómito en dos episodios de tipo alimentario, visión borrosa. TA: 180/110 mmHg, FC: 82 por minuto, FR: 19 por minuto, 36.6° C. Paciente lúcida y colaboradora, ubicada en tiempo y espacio, con

edema facial, facies abotagada, sin compromiso cardiorrespiratorio, con edema en miembros inferiores; resto del examen físico sin particularidades.

Examen obstétrico: altura uterina de 20 cm., latidos cardiofetales de 145 por minuto; movimientos fetales activos: tono normal; maniobras de Leopold: feto único, situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica. Tacto vaginal: dilatación de 0 cm. Sin hidrorrea ni ginecorragia.

El médico pasante decide enviarla al hospital regional que cuenta con todos los servicios del segundo nivel de atención, el cual se encuentra a dos horas en vehículo desde la ubicación de la clínica, refiriendo que el esposo no cuenta con los medicamentos necesarios para tratarla, que se necesitan estudios de laboratorio de manera urgente para un diagnóstico preciso y que es urgente referirla.

El traslado se demoró debido a la falta de una ambulancia; sin embargo, consiguen el apoyo de una unidad particular. El esposo relata que durante el traslado Rosa María siguió complicándose, sentía palpitaciones hasta que comenzó a convulsionar y poco después murió en el camino; cuando llega al hospital le confirman esta situación, lo cual provocó enfurecimiento en él, quien presenta una queja con el fundamento de que su clínica cercana debería contar con los recursos básicos para tratar una urgencia de este tipo y con personal capacitado, además movilizó a la gente de la localidad para solicitar al gobierno estatal contar con una unidad de salud en su comunidad y un hospital en donde se encuentra la unidad de salud que atendió a su esposa.

La respuesta de parte de las autoridades estatales de salud fue: “Estas localidades no tienen las características para poder emprender los proyectos propuestos como lo es el número de habitantes; no existen las condiciones para garantizar la correcta operación de una unidad médica como comunicaciones, energía eléctrica, o agua potable, ni sería posible arraigar a ningún personal de

salud en una comunidad de esas características, y que por lo tanto: Valorarían la posibilidad de enviar una unidad móvil a su comunidad para recibir servicios mediante visitas programadas de un equipo interdisciplinario de salud”.

4. Fertilidad, anticoncepción y aborto

Caso 34. Fertilidad asistida

Teresa es una persona de 28 años, casada, quien ha tenido una historia de endometriosis pélvica desde los once. Inicia la menarca con ciclos menstruales regulares cada mes, con una duración de tres a cuatro días, sangrado regular y con algunos coágulos; se acompaña de dismenorrea intensa a partir del segundo día de sangrado, caracterizada por dolor tipo cólico localizado en hipogastrio que se irradia a región dorsolumbar, es intenso e incapacitante y solo se alivia con analgésicos potentes.

Teresa se casa a los 22 años y con su pareja buscan la posibilidad de tener hijos. Después de una espera de dos años sin resultados, acude a un hospital público para ser atendida y en el servicio de ginecología y obstetricia le prescriben medicamentos inductores de la ovulación sin obtener los resultados esperados. Posteriormente, le realizan ultrasonografía, encontrando útero y anexos con grandes zonas de proceso inflamatorio. La histerosalpingografía muestra útero aumentado de volumen, cavidad uterina con signos de espícula y obstrucción tubaria bilateral; en la exploración física se encuentra fondos de saco tornados en una masa amorfa y dolorosa por lo que se programa para laparotomía pélvica diagnóstica.

En la laparotomía se encuentran procesos adherentes múltiples que abarcan los dos anexos, no se visualiza ningún ovario completo y ninguna fimbria, se toma

biopsia reportándose endometriosis pélvica. El diagnóstico clínico que se integra con los estudios es: “Pelvis congelada por endometriosis”, la cual imposibilita el embarazo.

Teresa y su pareja deciden acudir a una clínica de fertilidad asistida en donde les recomiendan la fertilización *in vitro* con donante de óvulos y la subrogación de útero en donde pueda ser implantado el embrión.

Teresa habla con Anabel, quien es su familiar en tercer grado, tiene 43 años de edad y se embarazó en tres ocasiones con partos normales, en el último se realizó obstrucción tubaria bilateral, ella está separada de su marido y acepta gustosa apoyar a su familiar.

Anabel es valorada por los especialistas de la clínica de fertilidad y la consideraron apta para el procedimiento. Bajo consentimiento informado se le extraen tres óvulos que son fertilizados con espermatozoides del esposo de Teresa, además, fue preparada con medicamentos hormonales para recibir el óvulo fecundado. En el primer intento se coloca un embrión de una semana y no se logra la implantación, en el segundo intento se logra la nidación de un embrión de 1.8 semanas y el tercer embrión con tres semanas de crecimiento fue desechado.

La evolución del embarazo fue normal y en la semana 39 se realiza la interrupción mediante cesárea obteniéndose un producto masculino de 3.100 kg , con calificación Apgar y Silverman adecuadas.

En el momento del nacimiento le entregan el bebé a Teresa, quien es acompañada por su esposo, ella decide no mostrarlo a Anabel y de inmediato se trasladan a su domicilio en donde tienen todo preparado para recibirlo; desde entonces, decide romper comunicación con ella.

Anabel se sintió incómoda y triste ante el hecho de que no le permitieran conocer al bebé ni amamantarlo; en el hospital le inhibieron la lactancia y la evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Caso 35. Anticoncepción en paciente con enfermedad mental

En el año 2000 en México se realizó la reforma en la atención a los pacientes que padecen problemas de salud mental con un modelo que fortalece y favorece los tratamientos que permitan la reinserción social, libertad de decisión y respeto a sus derechos humanos, buscando que los pacientes y sus familiares lleven en lo posible una vida lo más cercano a la normalidad.

En una unidad especializada de atención a pacientes con problemas de salud mental, antes denominadas hospitales psiquiátricos, se informó sobre jornadas de planificación familiar permanentes: salpingoplastia y vasectomía que serían realizadas por personal capacitado en estos métodos. El programa se difundió entre el personal, pacientes y sus familiares, ya que con el nuevo modelo de atención se permite que los pacientes puedan tener relaciones sexuales entre ellos.

En respuesta a la iniciativa, entre los pacientes crónicos internados en la unidad se realizó una vasectomía a un hombre de 30 años con diagnóstico de retraso mental moderado y salpingoplastia a dos pacientes del sexo femenino con diagnóstico de esquizofrenia, una de ellas con hiperactividad sexual de difícil control. Los tres pacientes reflejaban vida sexual activa y mínimo o nulo uso de métodos temporales de planificación familiar –condón–.

Posterior a la realización de estos procedimientos llegó a la Comisión de Derechos Humanos una queja anónima, en la que se argumentó que se realizaban métodos de esterilización forzada a los pacientes psiquiátricos, lo que dio origen

a una investigación de los hechos y ataque mediático a la unidad médica por parte de periodistas que conocieron del caso.

En los resultados se encontró lo siguiente: de los pacientes intervenidos, el varón y una de las mujeres tenían recomendación y carta de autorización firmadas por sus médicos tratantes y de un familiar.

La tercera paciente solamente tenía la recomendación y carta de autorización firmada por sus médicos tratantes, así como de trabajo social de la unidad, ya que no fue internada por sus familiares, originalmente fue llevada por una dependencia municipal la cual no quiso hacerse cargo de ella. Constaba en su expediente que fue encontrada sola, deambulando por las calles de la ciudad; tenía más de un año y seis meses interna sin respuesta a los avisos de abandono realizados a las dependencias municipales, estatales y federales para notificación de personas extraviadas.

En su expediente médico tenía la observación de que era renuente al tratamiento y presentaba hiperactividad sexual, sin capacidad de conciencia de los actos que realizaba, por lo que el riesgo de embarazo era muy alto. También se hacía la advertencia de que el tipo de fármacos que utilizaba tenían posibilidades de causar efectos teratogénicos, aunado al cuidado que debería llevarse durante la gestación y en caso de que un posible embarazo llegara a término, tendría marcadas limitaciones para el cuidado del producto, situación que obligaba a tenerla en vigilancia estrecha.

Todo esto ocasionó que el caso fuera valorado por las instancias médicas de la Comisión de Derechos Humanos, bajo el tenor de que: “Nadie puede ser obligado a un procedimiento quirúrgico o invasivo de planificación familiar sin su consentimiento informado o el de un familiar”. Por su parte el personal médico sustentó clínicamente que la paciente no tenía esa capacidad de discernimiento

y que al vivir en condición de abandono las autoridades de la unidad médica asumían el papel de tutor legal.

La instancia determinó que el procedimiento tuvo que haberse realizado bajo el consentimiento del paciente, un familiar o su tutor legal. La unidad no es el tutor legal de los pacientes; para ello se debe realizar un juicio, proceso de duración indefinida para buscar y nombrar un tutor. En consecuencia, se sancionó a los directivos de la unidad por no llevar a cabo estos procedimientos legales y haber permitido la cirugía.

Caso 36. Vicky es una niña

Vicky es una niña de once años que todos los días camina largos tramos para asistir a una escuela rural de su comunidad. Todo es diferente desde que su padre –alcohólico– murió tres semanas atrás; el dinero y el alimento, que de por sí eran limitados para ella y sus cuatro hermanos, escasean cada vez más. Su mamá le ha dicho que ella y su hermana mayor deben irse a la ciudad de México para trabajar y ayudar a la familia. Vicky camina y piensa en su hermana Juanita, quien solo tiene seis meses de edad, pero ya se ha vuelto su hermana favorita; de repente, un ruido proveniente del maizal de un costado atrae la atención de Vicky.

Todo pasa muy rápido, siente como alguien fuerte y alto la jala del brazo, reconoce al hombre: es el mejor amigo de su papá, con quien tomaba mezcal cerca de la puerta de aluminio de su casa mientras su mamá hacía tortillas. La confusión se apodera de la niña, el olor a alcohol que emana del hombre le produce repulsión; el viejo vestido que su hermana le había heredado cede ante las manos ajenas y sin esperarlo ella está tirada en la tierra sintiendo su cuerpo

oprimiéndola. Un fuerte dolor en la parte baja del abdomen la saca del estado de shock en el que se encuentra... grita... pero nadie la escucha.

Vicky llegó tarde a la escuela. La profesora, quien estaba leyendo un libro a sus demás alumnos, percibe una silueta titubeante acercándose lentamente al salón al aire libre, levanta la mirada y ve una maraña de cabellos, moretones y un vestido rasgado; parece una historia de terror. Pestañea varias veces para ver si sus ojos no la engañan y lentamente reconoce a Victoria, a quien había visto crecer desde pequeña. Esa niña era la más aplicada de la clase, la que días atrás le había contado sus sueños de darle una mejor vida a su familia; tan pequeña y siempre pensando en los demás, considerada y muy educada, una niña que en circunstancias diferentes habría sobresalido en cualquier lugar; sus comentarios ingenuos, pero inteligentes, siempre hacían sonreír a su maestra que sentía un gran afecto por ella. De repente, unos murmullos la sacaron de sus pensamientos, los niños señalaban a Vicky y todos parecían muy asustados.

Han pasado poco más de dos meses, ahora Vicky ya no es como antes, todo el tiempo está distraída, triste y siente mucho malestar; no puede comer y su madre solo piensa que necesita que se recupere pronto para que la ayude a trabajar. Su maestra la visita frecuentemente, se ha vuelto muy común tenerla cerca desde el día en que la llevó a la capital de su estado a levantar la denuncia, pero nada pasó, el amigo de su padre sigue en la comunidad y la gente solo se limita a murmurar cuando pasa cerca de ellos. La policía dijo que todo era un proceso, que irían por él cuando el abogado de oficio encargado del caso y agentes del ministerio público pudieran viajar a su comunidad.

Vicky piensa en eso, en sus planes y sueños que ahora parecen tan lejanos y ajenos a ella; de repente, otra vez siente unas fuertes náuseas, sale corriendo

y vomita en la letrina que se encuentra a un par de metros detrás de su casa; su maestra la ha visto así desde hace un par de semanas, está muy preocupada y tiene sospechas del motivo por el cual la niña se encuentra del tal manera. Le dice nuevamente a su madre que le permita llevarla a la ciudad para que la revisen, aclarando que este viaje no implicará gastos para la familia y por fin su madre acepta y las acompaña.

De nuevo en la capital Vicky ya no siente la emoción que sentía antes al pensar en la ciudad, las cosas que la rodean parecen envueltas en una densa niebla; todo es una pesadilla de la cual ya quiere despertar. Su maestra le dice que algún día esa niebla desaparecerá, ella no lo cree así pero le responde con una mueca esperando que parezca una sonrisa. La maestra es muy buena, no se merece que le diga todo lo que piensa, a veces está triste y a veces quiere gritar, nadie lo puede entender y por eso solo permanece callada, tan callada que ya casi ha olvidado como suena su voz.

Durante la revisión, el médico exclama:

–Nueve semanas de gestación.

Vicky está segura de que sabe lo que significa la palabra “gestación”, solo que ahora no lo recuerda y tampoco tiene interés en recordar. De vuelta en la niebla ve a su mamá llorando y su maestra con la voz entrecortada le dice:

–Vicky, estás embarazada, todo saldrá bien, –decía eso, pero sus ojos llenos de lágrimas expresaban algo muy diferente.

Tras una semana en el albergue con su maestra y con su mamá, ellas dicen que están preparando los papeles para poder llevarla al doctor y que “ya no esté embarazada”. Su mamá parece ahora más vieja y cansada y su maestra, que luce medio peinada y con ojeras profundas, le dirige una sonrisa triste y cansada cuando la atrapa mirándola. En dos días la van a ingresar en el hospital para el

“procedimiento”, como lo llama la maestra. Por fin se giró una orden para que intervengan a Vicky, quien no entiende nada pero desea que esto acabe.

La maestra regresa molesta otra vez, se acerca a la mamá y le dice que los dos ginecólogos se niegan a practicar el procedimiento porque “sus principios y formación no les permiten terminar con una vida”, comentan que pueden poner en riesgo la vida y la fertilidad de la niña. Acude al ministerio público, los agentes argumentan que no se puede hacer nada para obligar a los médicos y sugieren esperar a que alguien acepte realizar el tratamiento.

Al día siguiente las enfermeras le dicen a la mamá de Vicky que no hay camas y que necesitan el espacio para un paciente, darán de alta a la niña y deben quedarse en la sala de espera del hospital. La mamá de Vicky está cansada y asustada por poner en riesgo la vida de la niña, decide que lo mejor es que regresen a su casa. Tiempo más tarde nadie se niega a atender a Vicky, quien dará a luz a una niña.

Caso 37. Certidumbre fatal

Un día cualquiera Pedro y su esposa Magdalena acudieron a la consulta externa, él tiene 35 años y es empleado de una tienda de autoservicio, ella tiene treinta y dos y se dedica a las labores del hogar.

El médico en turno los recibió amablemente e inició el interrogatorio para conocer los motivos de la consulta. Ante las preguntas, la pareja manifestó que últimamente habían presentado problemas en su vida sexual debido al uso frecuente del preservativo, ya que Pedro no sentía placer por la irritación que este le provocaba. Ella refirió:

–Ya utilizamos el dispositivo hace cuatro años después del nacimiento de nuestro último hijo, pero aparte de que nos dolía cuando teníamos relaciones,

tuve varias infecciones vaginales; por eso, ya no quisimos seguir utilizándolo y me lo retiré a los seis meses, entonces fue que comencé a usar anticonceptivos hormonales orales, pero los tuve que suspender porque tengo antecedentes de cáncer de mama en una de mis hermanas, además de que esas pastillas me producen náuseas y vómito.

Al realizar el estudio familiar a la pareja, el médico supo que se trataba de una familia nuclear compuesta por ellos y sus tres hijos: dos mujeres y un hombre de diez, siete y cuatro años respectivamente. Vivían bajo el mismo techo desde hace poco más de una década.

Cuando el médico les preguntó si deseaban tener más hijos, ellos contestaron que no, que se sentían satisfechos con los que ya tenían. Entonces, el médico les ofreció dos alternativas para planificar en forma definitiva su familia: la salpingoplastia y la vasectomía, informándoles de las ventajas y desventajas de cada una y aclarándoles todas sus dudas. Ante esas alternativas, Magdalena tomó la palabra y dijo que a su marido no, que mejor la operaran a ella y sostuvo:

–Porque quiero cuidar a mi esposo y porque además, cada embarazo hace que mi cuerpo se deforme, me pongo bien flácida y cada vez más gorda.

Al médico le llamó la atención esa respuesta, por ello, con tacto y respetando de antemano su decisión, les volvió a mencionar de las ventajas de la vasectomía por ser un método que se realiza en el hombre, en el consultorio, sin anestesia general y que presenta una recuperación rápida. Sin pensarlo y un tanto disgustada, Magdalena tomó nuevamente la palabra para insistir que era ella quien debía operarse. Ante la respuesta, el médico procedió entonces a interrogarla sobre sus antecedentes personales, patológicos y ginecobstétricos e inició la exploración física sin encontrar algún dato que sustentara alguna patología. Sin embargo, ante la duda que en su momento manifestó Pedro porque él deseaba operarse,

les solicitó estudios de laboratorio a ambos, incluyendo la solicitud de una espermatozoidoscopia.

Un mes después acudió a consulta únicamente Pedro, estaba delgado, cabizbajo y afligido. Se veía claro que no podía evitar la pena que lo embargaba. Un accidente automovilístico le había arrebatado la vida a su esposa. El médico, al ver la severidad del cuadro depresivo con el que venía, se enfrentó entonces al dilema de tratarlo con medicamentos y valorar posteriormente su evolución o enviarlo a psiquiatría. Después de meditarlo unos segundos, al fin se decidió por la segunda alternativa con la esperanza de que con el tiempo pudiera encontrar la paz que tanto necesitaba.

Pasó un año sin que el médico supiera algo de Pedro, hasta que una mañana volvió a tocar la puerta y entró nuevamente al consultorio, había ido por un cuadro de vías respiratorias, pero el médico no recordaba la situación por la que había pasado meses antes. Sin embargo, al leer la nota de la consulta anterior y la referencia al servicio de psiquiatría en su expediente, recordó el caso y le preguntó qué había sucedido con su cuadro depresivo, a lo que respondió:

—Ya ni me lo recuerde doctor. Me costó mucho trabajo superar la pérdida. Todas las semanas acudí al cementerio a llorar y llevarle flores a mi difunta esposa. Durante ese tiempo les inculqué a mis hijos el amor por ella. ¿Recuerda que nos mandó a hacernos los estudios de laboratorio? Bueno, pues permanecieron por mucho tiempo guardados, hasta que un día, después de casi seis meses de guardar luto, decidí tirarlos porque me recordaban a ella. Recuerdo que estaban sellados, pero antes de tirarlos, decidí abrirlos. Cuál fue mi sorpresa al enterarme del resultado en uno de mis estudios que decía que yo era estéril. Quedé congelado. Miles de imágenes pasaron por mi mente, esto no podía estar sucediendo. Me dieron ganas de salir a buscarla a la tumba para que me diera una explicación.

Necesitaba saber qué había pasado, mis tres hijos todos estos años... ¡engañados!

–Como aún tenía dudas, un par de días después consulté a otro médico, quien después de revisiones y nuevos exámenes me confirmó que efectivamente era estéril y de nacimiento. En ese momento sentí mucha rabia y desprecio. ¡La mujer que tanto amaba, me había engañado toda la vida! He tratado de superar la pérdida de mi esposa porque aún me duele, pero tengo un conflicto que no deja de atormentarme ¿Le digo a mis tres hijos que su madre nos engañó y que yo no soy su padre biológico? ¿Qué hago doctor? Me consumen sentimientos encontrados: por un lado la odio y por otro lado la extraño. ¡Maldigo la hora en que abrí el sobre con los resultados de laboratorio, mejor hubiera sido no verlos!

5. Bioética y gerontología

Caso 38. El caso de Alicia

Alicia es una paciente de 74 años que vive con su nieto llamado Óscar. Ella se hizo cargo de él desde que tenía cinco años debido a que sus padres murieron a causa de un accidente durante un periodo vacacional; Óscar solo presentó algunos golpes de primer grado, en tanto que la abuela sufrió un grave golpe en la rodilla derecha y tuvo que ser intervenida para colocarle una prótesis que le permitiera seguir caminado para realizar sus actividades cotidianas.

Han pasado quince años de eso y actualmente Alicia presenta poliartrosis reumatoide, una enfermedad crónica de las articulaciones. Esta enfermedad provoca inflamación de la membrana lubricante que recubre el interior de la cavidad articular. Por lo general la enfermedad empieza con inflamación en por lo menos cuatro articulaciones y progresa con el paso de los años complicándose gradualmente, principalmente, en las personas de la tercera edad.

Hasta hace poco Alicia se ocupaba del cuidado de su nieto y de todas las tareas de la casa, pero con el paso del tiempo y ante el progreso de su enfermedad –que le ha generado inflamación y fuertes dolores en las manos, brazos y rodillas–, ya no pueda realizar sus actividades domésticas como las realizaba antes: su casa y ella misma se ven cada vez más descuidadas.

Alicia es jubilada y mensualmente cobra su pensión, la cual cada vez alcanza menos para los gastos que enfrenta; contratar a una persona que se ocupe de las labores de su hogar, aunque solo fuera uno o dos días a la semana, es impensable. Su nieto, que ya es un joven de 20 años, decidió no seguir estudiando y optó por trabajar como chofer en un taxi, pero no la apoya como debería hacerlo y es por ello que viven en condiciones cada vez más precarias.

En los últimos análisis su médico ha constatado algunos signos de mala nutrición como anemia, además de albumina baja.

Alicia intenta que las cosas sigan como cuando su nieto era un niño y se esfuerza al máximo para vivir por más tiempo a su lado, pero su enfermedad progresa irremediablemente y llegó el momento de no poder realizar ninguna de las actividades domésticas para mantener limpia su vivienda.

Ante esta situación el médico informa del caso al trabajador social, el cual visita a Alicia y decide tener una entrevista con su nieto Óscar y averiguar si tiene otros familiares que pudieran hacerse cargo de su abuela para brindarle un mejor beneficio y detener aunque sea un poco el daño que se está provocando a su estado de salud.

Entre los resultados que tuvo la intervención del trabajador social estuvo que el nieto aceptó asumir –parcialmente– el cuidado de la casa y contratar por algunos días una ayuda externa. Asimismo, durante sus días de descanso, será Óscar quien atenderá a Alicia y cuidará de la casa.

Después de unos meses la salud de Alicia no lograba estabilizarse y menos mejorar; por el contrario, empeoraba cada vez más. Fue gracias al seguimiento domiciliario por parte de enfermería que el médico se dio cuenta de que Óscar no cumplió con su parte del compromiso para el cuidado de su abuela y junto con el trabajador social se entrevistaron de nueva cuenta con él, informándole que dado el empeoramiento de salud de la paciente no debía pasar más tiempo sola, por lo que se le aconseja que vaya a vivir a casa de otros familiares.

Tras algún breve tiempo que Alicia pasó viviendo con una de sus hermanas, volvió a su domicilio al lado de su nieto “para no seguir dando molestias”, pero su salud empeoraba, lo que trajo como resultado que se tramitara una plaza en una residencia pública.

Durante el tiempo de espera de la notificación de ingreso y debido a que tuvieron que atender algunas descompensaciones, la última de las cuales motivó ingreso en hospital, el médico se enteró, bajo secreto profesional, que Óscar está presionando a Alicia para que ella no ingrese en residencia porque desde hace tiempo se queda con su pensión. Alicia ha callado esto porque siempre ha ayudado a su nieto y no quiere causarle ningún daño, sino que desea seguir apoyándolo hasta donde ella pueda hacerlo.

6. Bioética en la investigación

Caso 39. Bioética en la investigación científica

Francisco estudió la licenciatura en Químico Farmacobiólogo y siempre soñó con trabajar en alguna institución de salud para ayudar en la curación de los enfermos. Es hijo único, su familia es de clase media y ambos padres trabajan. Ha

hecho planes con su novia Claudia para casarse en un futuro, pero los dos quieren realizar estudios de posgrado.

Con la anuencia y apoyo de sus padres, Francisco encuentra un posgrado en Ciencias de la Salud que otorga beca a los alumnos con mejores promedios en licenciatura. Integra sus documentos y aprueba los exámenes de admisión, con lo cual se inscribe y felizmente inicia cursos.

El programa académico es complejo y demandante. En el primer semestre el coordinador del programa les solicita a los alumnos el tema de tesis para asignarles un director, experto en el tema seleccionado.

Francisco hace una revisión de posibles temas y ninguno lo satisface. Los tiempos están cumpliéndose y él no puede decidir qué quiere investigar, por lo que acude con el coordinador del programa a solicitar apoyo, y él le sugiere participar en un trabajo de investigación en proceso que está solicitando estudiantes y, si el investigador principal lo acepta, podrá empezar el trabajo de tesis.

Francisco se presenta con el investigador Riquelme, quien realiza un proyecto sobre la fagocitosis de eritrocitos por amibas. El doctor lo recibe amablemente, luego de conversar sobre sus intereses comunes establecen los horarios de trabajo, le da el adiestramiento sobre la técnica que están utilizando, así como los requisitos del laboratorio y le informa sobre la necesidad de elaborar un reporte semanal. Francisco escoge un horario vespertino para poder cumplir con las clases, en ese horario ya no labora el personal y él deberá cerrar el laboratorio.

Al inicio del trabajo Francisco se mostró interesado, pero después de tres días este le pareció aburrido y comenzó a inventar los datos e inclusive descuidaba el envejecimiento de las amibas y las seguía utilizando.

El investigador Riquelme revisa los informes y advierte la inconsistencia de la información, por lo que llama a Francisco para pedirle que le explicara los

datos, los cuales no eran congruentes con lo encontrado por otros integrantes del proyecto. La sensación de culpa invade a Francisco y confiesa lo que ha realizado, justificándose en el hecho de que no le gustó el trabajo con amibas, el preferiría trabajar con cultivos celulares. El investigador –molesto– le habla sobre el retraso que su negligencia ocasiona a todo el equipo de investigadores, los recursos utilizados sin ningún provecho y la desconfianza que ha sembrado en él sobre el trabajo de sus compañeros. Finalmente el investigador le indica enérgicamente que salga de su laboratorio y que no quiere volver a verlo.

Francisco está angustiado pensando en las consecuencias de sus actos, de acuerdo con el reglamento de posgrado puede ser sancionado de diferentes maneras, una de las más severas es que le den de baja del programa. Muy a su pesar, decide entrevistarse con el coordinador del programa para plantearle el problema, quien siempre ha sido amable y tiene la fama de saber comprender a los alumnos.

El coordinador lo escucha y le comenta su incredulidad ante este comportamiento, ya que Francisco ha dado muestras de ser un estudiante cumplido y que presentó buenas notas en la licenciatura, le pregunta la razón por la que aceptó participar en un proyecto que no era de su interés y le explica que debido al agotamiento de los plazos tomó una decisión equivocada. Con notorio desagrado, el coordinador le dice que siga en sus actividades y que esperará el reporte del doctor Riquelme para proceder con la aplicación de la sanción que establezca el reglamento de posgrado.

Pasó una semana de angustia para Francisco y el reporte del doctor Riquelme no llegaba. Su novia trataba de calmarlo, conversando con él sobre las alternativas posibles en caso de que lo dieran de baja aunque este se negaba a aceptar esa posibilidad, aferrándose a la idea de que considerarían su desempeño académico.

Para agravar la situación, en la semana siguiente el padre de Francisco fue hospitalizado por presentar un infarto al miocardio y el joven químico tuvo que pasar dos días cuidándolo en su gravedad, aunque no le daban muchas esperanzas, pero fue motivo para faltar a clases. Francisco estaba en el hospital en compañía de su familia para estar cerca de su padre cuando recibe la llamada del coordinador del programa:

–Francisco, ya tengo el reporte del doctor Riquelme, te he buscado pero no has venido a clases... necesito que te presentes con urgencia en mi cubículo para resolver tu situación.

Caso 40. Una oportunidad vital

En una comunidad de aproximadamente tres mil habitantes existía la percepción de un problema de salud pública debido a que empezaron a ser diagnosticados problemas renales en un grupo atípico: jóvenes menores de 25 años de edad, sin diabetes mellitus e hipertensión arterial.

La misma población observaba una fuerte preocupación principalmente por los tratamientos tan costosos que impactaban a la familia de quien lo padecía, ya que quienes no tenían seguridad social se veían en la necesidad de vender sus pertenencias, incluso las herramientas o enseres de trabajo con los que se ganaban la vida y desde luego, hacer uso de sus escasos ahorros para pagar los tratamientos de diálisis o hemodiálisis.

Esta situación orilló a los habitantes a solicitar ayuda a las autoridades de salud, quienes ofrecieron analizar la situación. Un grupo de investigación empezó a trabajar y encontraron que de acuerdo a las referencias epidemiológicas locales, regionales y del país, la mortalidad por enfermedades renales en población menor

de 25 años estaba por encima de la media estatal y nacional. Por ello, se realizó el estudio que comprendió a los cinco municipios afectados.

La investigación fue aprobada por los comités de ética e investigación en salud. El desarrollo del estudio consistió en tomar la primera muestra de orina de la mañana para identificar proteinuria y a los casos positivos se les tomó una muestra sanguínea para determinar concentraciones de urea y creatinina. Los resultados confirmaron las hipótesis de trabajo: existía un problema atípico de enfermedades renales en jóvenes.

Las indicaciones clínicas en los pacientes con alteración de la tasa de filtración glomerular (TFG), consistió en referirlos a las instituciones de seguridad social en las que les brindan el servicio o al hospital estatal en el área de nefrología o nefrología pediátrica y estar en contacto con el paciente si es que tenía alguna duda.

Un mes después al dar seguimiento de los casos se advirtió que un paciente de 17 años con una TFG en la etapa tres, no había acudido a las citas con el nefrólogo. Esta etapa de la enfermedad renal era oportuna para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Para el seguimiento les hicieron llamadas telefónicas y la madre del joven aseguraba que ahora sí irían a la consulta, misma a la que faltaban. Siempre presentaba disculpas y excusas pidiendo que le agendaran de nuevo la cita sin presentarse en ninguna ocasión. Debido a los lineamientos éticos que podían ser auditados, siguieron insistiéndoles en las llamadas telefónicas que después ya no eran contestadas, incluso algunas fueron desviadas o de plano apagaban el teléfono celular.

Al presentar el caso con el comité de ética, este sugirió localizar al paciente y analizar las razones por las cuales sucedieron las inasistencias a las consultas.

El equipo que hizo la visita fue integrado por personal que realizaba el estudio y otras personas capacitadas en la sensibilización de pacientes. Al llegar al domicilio, parecía que nadie estuviera en la casa, pero al interior se escuchaban voces y advirtieron movimiento en las cortinas de las ventanas. Dieron por hecho que quienes estaban dentro no deseaban responder al llamado. Fue entonces cuando llegaron la señora Elodia y su esposo, el señor Fausto, padres del joven. Al presentarse los responsables del estudio, la señora Elodia estaba nerviosa y empezó a titubear. Cuando se les preguntó por su hijo, el señor Fausto mencionó que estaba dentro, pero al llamarlo salió molesto y con una actitud retadora. Los visitantes trataron de convencerlo de que su situación de salud era de muy alto riesgo; sin embargo, él negó lo que estaba sucediendo:

–¡Eso me dicen *pa'* que deje de tomar! –gritó Remigio dirigiéndose al personal de salud que lo visitaba–. Ustedes son cómplices de mi mamá, bien que sé que esos estudios que nos hicieron son para ver si consumimos drogas, pero yo no las dejaré de consumir.

–No les hables así a los doctores, –le dijo el señor Fausto.

–Pues yo no les creo nada, yo no me siento mal, no me duele nada –insistió Remigio.

–Mira, Remigio –le dijo la psicóloga–, la enfermedad renal es silenciosa, eso quiere decir que por ahora no notarás cambios en tu cuerpo ni presentarás dolores, pero de un momento a otro se te pueden hinchar los pies, tener molestias para orinar y dolor.

Los padres insistieron en la importancia de que acudiera con el médico especialista, pero él se negó, hasta que llegó un momento en el que Remigio, exasperado, gritó:

–¡No me importa! Es mi cuerpo y tengo el derecho de hacer lo que quiera con él y no iré –dijo rotundamente; sacó unos cigarros de su pantalón y empezó a fumar.

–¡Ya te he dicho que no fumes! –le dijo la señora Elodia.

–¡Tú cállate! –le gritó su hijo y la empujó para abrirse camino a la calle.

–¡Respetar a tu madre! –expresó el señor Fausto tratando de detenerlo, pero Remigio increpó:

–¡Váyanse al diablo todos ustedes!, no pierdan su tiempo porque no iré.

Los padres –avergonzados por el violento comportamiento de su hijo– se disculparon una vez más. Mencionaron que ellos tenían dificultades por ese comportamiento. A partir de que su papá se había ido a Estados Unidos, él había cambiado completamente: bajó su desempeño escolar, empezó a consumir alcohol y llegaba en malas condiciones a su casa, inclusive hubo ocasiones en las que llegó a violentar físicamente a la señora Elodia. A pesar de que ella le suplicó que fuera con el nefrólogo en las ocasiones en que fue citado, él insistía que los servicios de salud eran cómplices de ella para que él dejara de tomar y fumar.

Los visitantes hicieron un reporte sobre lo sucedido y le pidieron a la señora Elodia y al señor Fidencio que lo firmaran junto con una carta de no participación para respaldar la exclusión de Remigio en el estudio realizado, quien se perdió de sus posibles beneficios.

7. Seguridad del personal de salud

Caso 41.-Gente armada

Es de oídas el conocimiento de que ciertas comunidades albergan a muchos miembros del crimen organizado, lo cual no fue un impedimento para que

yo quisiera realizar el servicio social en esta zona. Ya por el segundo mes de haberme instalado en mi clínica, tuve una inesperada visita nocturna –las cuales, por cierto, no eran muy frecuentes–: alrededor de las dos de la mañana tocaron el portón de la entrada de la clínica. Supuse que era una urgencia médica dada a la frenética forma de golpear la puerta.

Lo inusual comenzó desde el momento en que abrí, ya que cuatro tipos con sombrero venían cargando entre brazos a un quinto hombre. Educadamente me preguntaron si podía atender a su amigo, puesto que había tenido un accidente. Hasta ese momento yo no había comprendido quiénes podrían ser, simplemente los hice pasar a la sala de curación. Una vez dentro, pregunté qué había sucedido y pude darme cuenta de que los cuatro amigos del herido llevaban pistolas enfundadas a un costado de su cintura, lo cual me llenó de pánico. Ellos me explicaron que habían tenido un problema y nada más, no me dieron más detalles ni yo les pregunté pues al ver la herida, evidentemente de bala en la pierna del hombre, me resigné al hecho de que no me iban a explicar qué había sucedido.

Generalmente hacía mis procedimientos solo con el paciente y les pedía a los acompañantes que esperaran en la sala de espera; sin embargo, al no ver intenciones de estas personas de abandonar a su herido, no les pedí que me dejaran solo, así que procedí a la curación.

Afortunadamente no había bala dentro de la pierna, solo había sido una herida superficial y tenía una más a la altura del hombro, así que limpié ambas lesiones y procedí a suturar. El paciente estaba muy tranquilo, yo le explicaba la situación de su herida y cada procedimiento que iba a realizarle y el solo asentía; me imagino que no había sido su “primera vez” y ya estaba habituado a este tipo de atenciones.

Al terminar la curación y fijar el brazo del paciente a un cabestrillo, los acompañantes ayudaron a levantarlo; de cierta manera le guardaban cierto

“respeto” y consideraciones, pues él daba órdenes y los demás lo seguían. Después de incorporarlo lo llevaron hacia la salida entre tres personas de las que estaban allí.

El cuarto acompañante se quedó conmigo para recibir ciertas instrucciones de los cuidados que debería recibir. Este hombre era muy atento y se refería a mí de “usted”. Luego de escucharme con atención, del bolsillo de su pantalón sacó su cartera y me extendió la mano con un fajo de billetes: “para cubrir sus honorarios, doctor”.

Yo me percaté de la magnitud de la retribución, que eran aproximadamente unos diez billetes de 500 pesos. En mi estado de ánimo solo quería terminar mi trabajo, que esos hombres se fueran y que todo quedara en paz. Nunca pensé en recibir dinero a cambio de la atención, pues no quería comprometerme en lo absoluto con ellos, ni ser el médico de cabecera de ninguno; así que rechacé el dinero diciendo que la atención de urgencia no se cobraba en esta clínica, lo cual no era cierto; en realidad la cuota de recuperación se cobraba al doble.

Advertí que al hombre le pareció extraña mi explicación, pero la aceptó, así que sin más se dio media vuelta y fue hacia la salida. Yo me acerqué para cerrar con llave y vi por la ventana que de inmediato partieron tres camionetas, yendo el paciente en la de en medio.

Esa noche las dudas me asaltaban y la pasé muy intranquilo. Pensaba y volvía a pensar si debí aceptar el dinero que me daban, reportar a las autoridades lo sucedido o solo quedarme como si nada hubiera pasado. Decidí la tercera opción, ni siquiera reporté la consulta en el registro y posteriormente repuse los materiales que usé para la curación. Hasta ahora creo que, por mi seguridad, lo mejor fue no decir a mi coordinación médica nada de lo que pasó esa noche y así continuar con mi servicio social en paz.

Los compiladores

Alberto Jonguitud Falcón

Médico cirujano especialista en medicina interna. Inició sus estudios profesionales en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y los concluyó en la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó su residencia médica en el hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Se ha desempeñado profesionalmente en Hidalgo, donde ha constituido un sólido prestigio como médico internista. También ha ocupado importantes puestos en instituciones públicas del sector salud en la entidad, como el de director general de Servicios de Salud y secretario y delegado estatal del ISSSTE, actividades que siempre ha combinado con la docencia en el nivel superior, campo en el que se distingue por haber sido jefe de enseñanza del Hospital Civil de Pachuca y, hasta el momento, catedrático del Área Académica de Medicina en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH), donde ha impartido la asignatura de Ética Médica y participa en programas de maestría.

Actualmente ocupa el cargo de director general de Planeación y Desarrollo en Salud a nivel federal.

Luis Enrique Díaz Pérez

Médico cirujano con maestría en Salud Pública y Gestión Administrativa, egresado de la Escuela de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Se ha dedicado profesionalmente a la salud pública, desempeñándose en instituciones del mismo sector en los campos de administración y planeación de servicios.

Es profesor investigador del Área Académica de Medicina y fue coordinador de planeación del Instituto de Ciencias de la Salud de la UAEH durante seis años; imparte asignaturas de salud pública relacionadas con la gestión de servicios y bioética. Ha presentado trabajos y ha conducido talleres en las tres últimas ediciones de la Cátedra Patrimonial de Bioética Dr. Guillermo Soberón Acevedo.

Casos de bioética para la enseñanza en Ciencias de la Salud

se diseñó en formato electrónico en la Dirección de Ediciones y Publicaciones con el apoyo de la Imprenta Universitaria y la Dirección de Tecnologías Web y Webometría de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el año 2025.



Esta obra se integró con la participación de profesores, alumnos y profesionales de la salud interesados en la bioética. Tiene como propósito servir de herramienta para la enseñanza de esta disciplina necesaria en el quehacer cotidiano de los profesionales de la salud.

La participación se dio a través de una convocatoria que establecía los lineamientos precisos para la presentación de los casos. Estos podían ser reales o ficticios; en los casos reales se consideró el anonimato de los participantes así como de las instituciones y lugares en donde ocurrieron, atendiendo a la confidencialidad que debe guardarse entre profesionales de la salud y pacientes.

Todas las participaciones fueron analizadas por un comité de revisión y edición para lograr los objetivos propuestos. Los casos se clasificaron según los dilemas bioéticos que representaban y se agruparon en seis apartados. El libro consta de Prólogo, Presentación y seis capítulos: 1. El método de caso en la enseñanza de nivel superior, 2. Calidad de la atención a la salud, iatropatogenia y seguridad del paciente, 3. La comunicación con el equipo de salud, pacientes y familiares, 4. Problemas del comportamiento, 5. Aprendizaje de la bioética, y 6. Otros temas, en el que se consideran muerte digna, trasplantes, bioética y salud pública, fertilidad, anticoncepción y aborto, bioética y gerontología, bioética en la investigación y seguridad del personal de salud.