

Alberto Hurtado

Reseña Biográfica.

GUERRA-GARCÍA CUEVA Roger

BIOGRAFÍA MÉDICA

La labor científica del profesor Alberto Hurtado empieza en 1925, siendo residente en el Hospital Boston City donde trabaja al lado de Francis Peabody, demostrando sincera devoción por la investigación clínica que determina el aprecio de sus colegas y maestros, quienes le invitan a quedarse con ellos en la famosa Universidad de Harvard. Concluida su formación médica retorna al Perú e inicia la investigación de los problemas locales; su tesis doctoral en la Universidad de San Marcos trata sobre el metabolismo basal del indígena peruano, trabajo que lo extiende después estudiando el efecto del ambiente hipóxico sobre el mismo.

Incorporado a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos en 1928, Hurtado organiza la primera expedición médica peruana a la altura, la cual fuera idea del profesor Monge; los resultados de esta expedición le deciden a dedicarse íntegramente a la investigación. Sus trabajos de entonces están dedicados al estudio de la antropometría y hematología del nativo de las grandes alturas, cuyo grupo control lo conforman estudiantes de medicina y los propios investigadores. Estas observaciones son publicadas en revistas médicas locales y en acreditadas revistas internacionales que acogen la contribución científica que procedía de un alejado país. Para apreciarlas debidamente es necesario remontarse a tal época y considerar las dificultades que se presentaban: escasez de equipo, laboratorios y



fondos, comunicaciones muy difíciles y, sobre todo, desconocimiento de la importancia de la investigación biomédica; fue este el panorama que enfrentó el joven graduado de Harvard, que de haber escogido el camino del ejercicio profesional hubiera asegurado prestigio y fortuna.

En la década del 30 junto con C. Monge fundan el Instituto de Biología Andina en la Universidad de San Marcos, y Hurtado es nombrado director de investigaciones del mismo; continúa allí su labor de investigación de los problemas de la hipoxia y neumoconiosis, así como de otras entidades como la verruga peruana; son sus primeros colaboradores C. Merino, J. Preto y J. Pons. En esta época describe por primera vez en el mundo el edema agudo pulmonar durante la exposición a la altura, entidad “descubierta” posteriormente por autores norteamericanos e hindúes.

Al Instituto de Biología Andina acuden estudiantes de medicina y graduados los cuales van aprendiendo de Hurtado las técnicas de investigación por él adquiridas en su estadía de algunos años en la universidad de Rochester, New York, como becario de la Fundación Rockefeller. Así empieza en el Perú a formarse un núcleo de investigadores médicos conformado por H. Aste Salazar, A. Rotta, E. Encinas y otros, grupo que se mantuvo y ha ido creciendo para beneficio del país; a las áreas inicialmente cultivadas de respiración y hematología se suman cardiología, bioquímica, nefrología y endocrinología entre las principales. Otra de las virtudes de Hurtado es ayudar generosamente a todo joven atraído por la investigación; sus discípulos suman algunas decenas y hoy ocupan posiciones directivas en la docencia e investigación del país.

Su contribución de esta época al conocimiento de la fisiología y patología del hombre en las grandes alturas es amplia; de ella remarcamos la demostración de la menor afinidad de la hemoglobina por el oxígeno en ambiente hipóxico, realizada con Aste-Salazar en 1944; poco después señala que la hipoventilación del paciente con mal de montaña crónico se debe a una menor sensibilidad del centro respiratorio al CO₂; ambos hallazgos, criticados inicialmente, han sido aceptados en los últimos años, cuando otros investigadores los verificaron.

De su paso por el Ministerio de Salud queda el Instituto de Salud Ocupacional dedicado a velar por el bienestar del trabajador peruano, en particular del minero, a quien Hurtado dio atención durante varios años como médico en Morococha y La Oroya, y cuyo esfuerzo diario se realiza en lugares elevados e inhóspitos.

Su prestigio como investigador y docente lo llevan en 1956 al Decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, y en este difícil cargo se desempeña con acierto, innovando la docencia con la incorporación de profesores a dedicación exclusiva, sobre todo en las ciencias básicas, y actualizando el currículum de estudios, el cual se reduce a 8 años. Esta nueva obligación no lo hace descuidar la investigación de los problemas de la vida en las grandes alturas, la cual es proseguida por sus discípulos y colaboradores entre los cuales debemos mencionar a César y Baltazar Reynafarje, Tulio Velásquez, Emilio Picón, Rodolfo Lozano y Carlos Monge, hijo.

En 1961 en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos culmina una crisis determinada por la presión estudiantil politizada, y la actitud profesoral casi unánime de hacer que se respete el principio de autoridad; Hurtado y Delgado son líderes del movimiento que deviene en la renuncia masiva del profesorado para fundar una nueva escuela médica con ambiente adecuado para la docencia, el servicio y la investigación. Nace así la Universidad Peruana Cayetano Heredia, que desde su inicio recibe el apoyo de la comunidad, el gobierno y las agencias filantrópicas; como su primer Decano hasta 1967 y luego Rector hasta 1970 Alberto Hurtado consolidó la nueva institución y reanudó las tareas de investigación en el Instituto de Investigaciones de la Altura que inició con la Universidad; en esta cuarta década de su actividad científica colaboran con él: J. Arias-Stella, D. Peñaloza, F. Moncloa, L. Sobrevilla, J. Cruz, E. Pretell y muchos otros; dirigía el Instituto el Dr. H. Aste-Salazar.

En los diez años transcurridos el Instituto ha realizado valiosa investigación que se plasma en más de 300 publicaciones en revistas médico-científicas. Su prestigio personal de equipo ha determinado que desde 1971, junto con el Instituto de Biología Andina, sea reconocido como Centro Multinacional para la Enseñanza Avanzada de Fisiología y Patología de la Altura, lo cual permite que en sus laboratorios se adiestren becarios del Perú y países vecinos en los diferentes campos del conocimiento, y prosiga la investigación biomédica iniciada con base científica hace 40 años por Alberto Hurtado.

Este es una síntesis de la obra del profesor Hurtado, una vida dedicada a la investigación y docencia médicas, cuyos resultados son de beneficio para el país, la región andina y también para el conocimiento universal del hombre.

- El Dr. Hurtado falleció en Lima el 1° de Noviembre

de 1983; desde entonces la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, lleva su nombre.

- Presentada a la Organización de Estados Americanos (OEA) para proponerle al Premio “Bernardo Houssay” en 1972, que le fue otorgado por unanimidad.
- Hijo del señor doctor Agustín Hurtado y doña Juana Abadía. Nació en Lima el 29 de agosto de 1901.
- Cursó estudios de instrucción primaria y secundaria en el Colegio de la Recoleta, donde destacó por su aprovechamiento, obteniendo numerosos premios.
- Estudios de Ciencias Naturales, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1920. Grado de Bachiller en Ciencias Naturales.
- Estudios de Medicina, Universidad de Harvard, Boston, Estados Unidos, 1920 - 1924.
- Doctor en Medicina, Universidad de Harvard, Boston, Estados Unidos, 1924.
- Médico Asistente y Médico Residente, Boston City Hospital, Estados UNIDOS, 1924 - 1925.
- Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1926.
- Médico Asistente Libre. Hospital Arzobispo Loayza, Pabellón 2. Servicio del doctor Carlos Monge, 1926 - 1929.
- Doctor en Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1928.
- Capitán de Sanidad Militar, Lima, 1928 - 1930.
- Catedrático de Patología General. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1928 - 1929.
- Médico Jefe del Hospital de Morococha (Cerro de Pasco Copper Corporation). Morococha, Junín, 1930 - 1931.
- Honores y Distinciones
- Fellow’s de la Fundación Rockefeller 1931-1934. Durante tres años estuvo a cargo del Laboratorio de Respiración y Circulación, Instructor en Medicina y Médico Asistente del Strong Memorial Hospital, Universidad de Rochester, Estados Unidos.
- Médico Jefe, Servicio de Medicina, Hospital Loayza, Lima 1940 - 1960.
- Catedrático de Patología General, Jefe del Laboratorio de Investigación de Fisiopatología. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1934 - 1956.
- Académico de Número, Academia Nacional de Medicina, Lima, 1937.
- Ministro de Salud Pública, 1947 - 1948.
- Decano Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1956-61.
- Miembro de Número de la Sociedad Química del Perú, 1950.
- Premio Nacional de Cultura, Area de Ciencias Médicas, 1957.
- Fundador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1961.
- Primer Decano de la Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1961 - 1967.
- Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1967 - 1970.
- Profesor Emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1971.
- Premio “Bernardo Houssay”, conferido por la Organización de Estados Americanos (O.E.A.), por unanimidad. Washington, Estados Unidos, 1972.
- Condecoración con el Grado de Amauta. Ministerio de Educación, Lima, Perú, 1981.

La enseñanza de la ética y la conducta humana*.

SARABIA ARCE Silvana Virginia

INTRODUCCIÓN

La ética (Gr.ethos comportamiento y hábitos del hombre) (1) es la ciencia que busca razones últimas y universales para adecuar la conducta humana al bien del universo. Deontología (Gr. deonta lo que debería de ser) (1) es la ciencia de los deberes profesionales. Por muchos años se creyó que la ética no podía ser enseñada, que era parte del individuo. Se postulaba que era más sencillo enseñar medicina a personas éticas que enseñar ética a estudiantes de medicina ¿será esto así? (2). Una buena persona puede no conocer los conceptos éticos pero actuar en forma ética, mientras que otra persona puede conocer los conceptos teóricos de la ética y más bien actuar en forma no ética. La ética por definición es una conducta (1). Por lo tanto es indispensable saber que factores están involucrados en la conducta humana (3). ¿Qué hace que alguien que conoce algún concepto no modifique su conducta a favor de ese conocimiento? ¿Por qué no todas las personas actúan de la misma manera frente a la misma situación? ¿Qué puede hacer que la misma persona

actúe en forma distinta en situaciones similares en momentos diferentes?

Desde los orígenes de la medicina occidental, es decir, desde el juramento Hipocrático la ética médica ha venido utilizando para discernir lo bueno de lo malo un criterio de carácter “naturalista”(4). El deber del médico era hacer el bien al paciente y el de este aceptarlo. Lo que el médico pretendía lograr era un bien objetivo, la restitución del orden natural, razón por la que debía imponérsele al enfermo, aún en contra de su voluntad.

Cierto que el enfermo podía no considerar bueno aquello que el médico propugnaba, como tal, pero ello se debería a un error subjetivo que no podía tener los mismos derechos que la verdad objetiva. Este concepto fue la esencia del paternalismo, una constante en toda ética médica del orden natural. (4).

Desde entonces ha habido un cambio importante. En la actualidad la decisión del paciente en la mayoría de los casos está por encima de la opinión del médico (5).

* Monografía del Doctorado en Medicina.

Tutores: Profesores Dra. Ana Aguilar Angeletti y Dr. Raúl León Barúa.

La bioética es la “ética de la vida”, esto es, el comportamiento y hábitos del hombre asociados a la vida. Este nuevo término fue creado en 1971 por un bioquímico de nombre Van Renssaler Potter, él propuso la iniciativa de crear una disciplina que integre la ética con la ciencia, con el propósito de mejorar la calidad de vida y la supervivencia del hombre (6). Tres grandes factores dieron origen a la bioética. Los avances científicos y técnicos, los cambios producidos en el concepto de la salud y en la práctica médica y finalmente la secularización de la vida moral. La bioética no es igual que ética y deontología médica, su horizonte es mucho más amplio. La bioética es un movimiento humanista que trata de regular las múltiples acciones de intervención que pueden realizarse sobre la vida, garantizando la primacía de lo que es bueno tanto para el hombre de hoy, como para las generaciones sucesivas. La bioética clásica se fundamenta en cuatro principios: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (6). La enseñanza de la bioética debe de incluir la enseñanza de estos principios pero no debe de limitarse a ellos.

Autonomía (Gr. facultad para gobernarse a si mismo) (1), es la acción de autogobernarse, emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. Hay que tener en cuenta que existen restricciones internas y externas que pudieran impedir las decisiones y acciones autónomas. Las primeras incluyen lesiones o disfunciones cerebrales causadas por trastornos metabólicos, drogas, traumatismos y trastornos mentales (retraso mental, psicosis) (7,8). En algunos casos el substrato fisiológico para poder usar la capacidad de autonomía está afectado en forma reversible y en otras ocasiones puede ser irreversible (9). Es posible que aunque no exista un impedimento interno para el ejercicio de la autonomía, su uso se ve obstaculizado por hechos externos como la coerción, el engaño y la privación de información indispensable. En esos casos la persona tiene capacidad de autogobierno pero no la puede emplear en una acción autónoma (6).

Desde la época de Hipócrates hasta el siglo pasado la eficacia del médico era bastante marginal y el médico definía lo que era bueno para el paciente. El principio de la beneficencia (L. hacer el bien) (1), estaba por encima del de autonomía, pero ¿cuál es el bien que le conviene al paciente?. Hoy en día la definición de beneficencia no puede ser formulada exclusivamente por el médico (10). En la actualidad muchos consideran que el principio de la autonomía está por encima del de beneficencia y es el paciente y no el médico el que debe de tomar las decisiones con respecto a su tratamiento (6).

No maleficencia (L. no causar daño) (1) y justicia (L. dar a cada quien lo que le corresponde) (1) tienen en común el respeto de los otros, esto es, el respeto a la vida biológica y la vida social. La ética médica ha de hacer lo posible por respetar escrupulosamente ya al mismo tiempo la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Está obligado a hacerlo así, sin embargo sabe que este objetivo en la práctica es muy difícil inclusive a veces imposible. El enfermo actuará guiado por el principio de la autonomía, el médico por el de la beneficencia y no maleficencia y la sociedad por el de justicia. Los tres factores son esenciales. Lo cual no significa que siempre hayan de resultar complementarios entre si, y por lo tanto no conflictivos. La realidad es más bien lo opuesto. Nunca es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia, respetar esta sin que se resienta la justicia. De ahí la necesidad de tener siempre presentes todos los principios (7).

Desde 1991 se dicta el Curso de Ética y Deontología a los alumnos de cuarto, quinto y sexto año de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Hasta entonces desde que la UPCH fuera fundada en 1961 no se había dictado ese curso. El curso de Ética y Deontología en la actualidad está basada en 5 actividades (11,12,13):

1. Clases magistrales: las clases magistrales están orientadas para incentivar la participación del alumno con preguntas relativas al tema.
2. Métodos de casos: donde se discuten casos con problemas éticos.
3. Lecturas dirigidas: se selecciona bibliografía para revisión y lectura.
4. Trabajos grupales: en donde los estudiantes exponen sus diferentes criterios y sustentan sus juicios de valor.
5. Video-forum: se presentan temas relativos a la ética que motivan el diálogo dentro del respeto mutuo.

Se mencionó con anterioridad que la ética implica una conducta. Por lo tanto, es indispensable saber que factores están involucrados en la conducta humana. La enseñanza de ética, a mi parecer, debe de incluir los conceptos teóricos de la ética, pero también conceptos sobre la conducta humana. Hay que tener en cuenta que no es suficiente conocer los conceptos de la bioética para actuar éticamente. Es indispensable internalizar el concepto, esto es, “hacer el concepto nuestro”, para que así el concepto se refleje en nuestros actos (3).

Hay muchos factores que afectan la conducta humana, tales como: la personalidad, factores biológicos,

psicodinámicos y ambientales. Es muy importante que el alumno sepa que factores pueden afectar su conducta y la de los demás. Que reconozca que existen rasgos de personalidad que harán que él y las demás personas actúen de determinada manera. Sólo cuando se reconozcan estos aspectos se podrá lograr un cambio favorable que ayude a que la conducta sea ética. Estos factores no son necesariamente permanentes por lo que se requiere una educación continua de los aspectos éticos, incluyendo a los médicos ya graduados en el ambiente de trabajo y no sólo en las aulas.

FACTORES ASOCIADOS A LA CONDUCTA HUMANA

A diferencia de la ciencia que es una búsqueda sistemática de la verdad, que puede y debe ser mensurable, hay otros aspectos que no difícilmente mensurables y que no podrán ser sistematizados debido a que son individuales. La personalidad es uno de estos aspectos.

LA PERSONALIDAD

Personalidad (L. persona, máscara usada por los actores en las obras de teatro grecorromanas). El término se extendió en tiempos de Cicerón para designar retórica y metafóricamente el rol de todo ser humano en la vida social. Con este vocablo se enfatiza la doble noción de la psique como receptáculo y reflejo del inconciente colectivo. En medios no científicos, personalidad engloba las características de singularidad, individualidad, emociones, sentimientos y sensibilidad que otorgan identidad e imagen especiales a los integrantes de los diversos grupos sociales.

La evolución del término personalidad y de su uso en psicología y psiquiatría se basa en la observación que, en circunstancias ordinarias, las relaciones e interacciones humanas poseen, a través del tiempo. Desde los tiempos de Freud, se ha tendido a definir la personalidad en función de un complejo proceso de desarrollo y maduración, sujeto al influjo de múltiples factores. La otra vertiente en la formulación del concepto proviene de los aportes de científicos sociales, ellos utilizan prioritariamente conceptos y experiencias del campo interpersonal en el que el individuo vive, desarrolla y aprende. El aporte conductual reconoce los aspectos operacionales del concepto de personalidad.

La implicancia de que la conducta es resultado de la interacción controlada del organismo y del medio ambiente.

La personalidad es el conjunto de modalidades

adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en el que se desenvuelve, es un conjunto, relativamente durable de rasgos y patrones de conducta que presiden el conjunto de situaciones interpersonales características de la vida humana. El concepto implica un estilo individual y una noción de permanencia a lo largo de toda la vida del individuo. La personalidad es esencialmente asintomática, egosintónica y orientada esencialmente a la adaptación mutua y constructiva entre individuo y ambiente. Frente a tensiones externas, la personalidad responde con conductas maladaptativas, es evidente que también existe una psicopatología propia de la personalidad, un conjunto de trastornos que pueden alterar severamente la homeostasis del individuo. Las consecuencias de los desórdenes psicopatológicos de la personalidad son: disminución o pérdida de la flexibilidad para actuar coherentemente en el plano interpersonal, conducta maladaptativa derivada de una limitada capacidad de enfrentamiento al estrés provocador, propensión a la ansiedad y a subsecuente descompensación emocional, dificultades ocupacionales e interpersonales. Este último aspecto el relacionado a las dificultades ocupacionales e interpersonales es el que nos interesa, ya que estas dificultades se evidenciarán en el ambiente hospitalario pudiendo afectar la conducta ética del individuo.

Se ha puesto mucho énfasis en los “pacientes difíciles”, el diagnóstico de la estructura de la personalidad se ha convertido en un elemento importante en el manejo psicológico de un paciente enfermo. Kahana y Bibring han delineado siete categorías básicas de tipos de personalidad y actitudes: dependiente-demandante, el ordenado-controlado, el dramático-emocionalmente involucrado, el sufriente, el querellante, el que tiene sentimientos de superioridad y el no involucrado. Ellos hacen énfasis en que estas categorías no implican un trastorno de personalidad, se refieren más bien a la psicología normal de las personas que están funcionando adecuadamente. Estas categorías se aplicarían especialmente a individuos en situaciones estresantes o que generen ansiedad. Sin embargo, el diagnóstico psicopatológico puede darse si las características son muy marcadas, generan serias dificultades en las relaciones sociales o limitan la capacidad de trabajo. Se tiende a olvidar que también pueden haber “médicos difíciles” y las mismas características que están presentes y hacen que un paciente sea “difícil” pueden hacer que el médico o estudiante de medicina sea también “difícil”.

A continuación presentaré algunos rasgos de la personalidad que pueden estar presentes en las personas, incluidos los médicos y los estudiantes de medicina, que pueden estar asociados a la conducta del sujeto y

como estos rasgos pueden repercutir en el comportamiento ético de la persona.

Los rasgos narcisistas pueden brindar auto-confianza, que puede llevar a productividad innovadora, sin embargo, si estos rasgos son excesivos “soy bueno y perfecto” pueden traer serias desventajas, la persona no escuchará consejos, no aprenderá de sus propios errores, exagerará sus logros, será arrogante y carecerá de empatía. La persona con sentimientos de superioridad reaccionará frente a cualquier situación donde su imagen de perfección e invulnerabilidad sea afectada, por ejemplo, cuando un superior le de alguna indicación o cuando le digan que se ha equivocado. En esas situaciones sus rasgos se intensificarán hacia la dirección de una grandiosidad defensiva. Si la arrogancia y la falta de empatía se incrementan, esto llevará a que “vea a los pacientes desde arriba” afectando la relación médico-paciente. También, esta actitud puede llevar a que el estudiante de medicina no solicite asesoría al evaluar a un paciente, evitando que el paciente reciba la mejor atención posible.

El perfeccionismo obsesivo aunque útil en ocasiones ya que la persona es honesta y no hay negligencia en su trabajo puede también traer dificultades ya que le es difícil terminar el trabajo al buscar la perfección y tiende a ser rígido y obstinado. Están tan preocupados por hacer las cosas de la única forma correcta, que les cuesta estar de acuerdo con las ideas de alguien más. Estas personas planifican meticulosamente cualquier detalle y son reacios a considerar la posibilidad de un cambio. Puesto que están inmersos en su propia perspectiva, tienen dificultades para acusar recibo de los puntos de vista de los demás. Aunque reconozcan que el hecho de transigir puede ir en beneficio propio, se negarán a ello obstinadamente argumentando que se mantienen por principios. El estudiante de medicina con estos rasgos pensará que él tiene la “solución correcta” a los problemas, por ejemplo, al explicar los posibles procedimientos diagnósticos o tratamientos pudiendo influenciar en sobre la autonomía del paciente.

El trastorno de personalidad antisocial presente en aproximadamente 3 % de los varones y 1 % de las mujeres en la población general presenta las siguientes características: violar los derechos de los demás, fracaso para adaptarse a las normas en lo que respecta al comportamiento legal, deshonestidad indicada por mentir repetidamente, irritabilidad, agresividad, despreocupación imprudente por su seguridad y por la de los demás, falta de remordimiento e indiferencia por haber robado dañado o maltratado a otros. Es indudable que los sujetos con estas características les va a ser muy difícil ceñirse a las conductas éticas, más bien les será más fácil actuar

en forma no ética.

El negativista que constantemente presentará actitudes de oposición y resistencia pasiva ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral. Estos individuos acostumbran a mostrarse resentidos, llevan la contraria y se resisten a cumplir las expectativas de rendimiento que los demás depositan en ellos. Esta actitud de oposición suele ponerse de manifiesto en el trabajo, aunque también puede aparecer en las relaciones sociales. Esta actitud de resistencia se traduce en aplazamientos, descuidos, obstinación e ineficiencia intencionada, sobre todo como respuesta a las tareas que sus jefes les encomiendan. Estas actitudes podrían afectar el principio ético de beneficencia.

La impulsividad limítrofe puede llevar a episodios de ira inapropiada e intensa o a tener problemas para controlar la ira. Pueden mostrar sarcasmo extremo, amargura persistente o explosiones verbales. Estas actitudes llevarán a dificultades sociales, personales, familiares y laborales pudiendo afectar el principio ético de la no maleficencia (14,15,16,17,18,19,20,21).

FACTORES BIOLÓGICOS

Los factores biológicos que pudieran estar asociados a la conducta humana se encuentran los trastornos mentales, tales como, trastornos del humor, trastornos de ansiedad, trastornos asociados a consumo de sustancias y trastornos psicóticos.

TRASTORNOS DEL HUMOR

Los trastornos del humor, principalmente la depresión mayor caracterizada por: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución del interés o para el placer, insomnio o hipersomnia, disminución del apetito con pérdida de peso, agitación o enlentecimiento psicomotriz, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa, disminución de la capacidad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte. Estudios han documentado lo que muchos estudiantes de medicina saben, que el estudiar medicina puede ser “deprimente”. Un estudio entre 304 estudiantes de medicina encontraron que la incidencia de depresión mayor en los dos primeros años de estudio era 12 %, con una prevalencia de vida de 15%, valor mayor al encontrado en la población general. No está claro si el sexo del estudiante, antecedente familiar de depresión o el año de estudio son variables que intervienen en la sintomatología depresiva. Estos hallazgos se repiten a lo largo de los años de estudio hasta el internado. Incluso se han encontrado valores de hasta 30 % de síntomas depresivos en el primer año luego de la

graduación. El suicidio es la segunda causa de muerte luego de accidentes entre los estudiantes de medicina. En los Estados Unidos cada año se suicida aproximadamente la misma cantidad de médicos que se gradúan. Se calcula que la prevalencia de suicidios entre los médicos es el doble que el de la población general, estando las mujeres en mayor riesgo que los hombres. También, se ha sugerido que los médicos que cometieron suicidio sufrían de depresión mayor o consumían sustancias.

A pesar que los trastornos del humor por su prevalencia elevada sean la primera causa entre los trastornos mentales que están asociados a la conducta hay que tener en cuenta otros trastornos mentales, tales como, los trastornos asociados a consumo de sustancias, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos, pueden también si se presentan en el sujeto causar cambios en su conducta. También, los trastornos mentales pueden afectar el libre albedrío de las personas (14,21,22).

FACTORES PSICODINÁMICOS

Los factores psicodinámicos asociados a la conducta humana están entre los más controversiales y menos entendidos. Cualquier formulación psicodinámica asociada a la conducta humana está gobernada por fuerzas internas de las cuales la persona no está conciente. Estas fuerzas que pueden ser imágenes, pensamientos o sentimientos son los determinantes primarios de lo que uno es y lo que uno hace. Las teorías psicoanalíticas hacen énfasis en el límite, no siempre bien delimitado, de lo auto-reportable y lo auto-conciente. ¿Pueden pensamientos y sentimientos inconcientes influenciar nuestra conducta?

La formulación psicodinámica de la conducta humana empieza con lo inevitable del conflicto entre lo intrapsíquico e interpersonal. El conflicto sólo indica que los seres humanos somos individuos complejos capaces de tener metas incompatibles e involucrarse en acciones paradójicas. El conflicto puede tener muchas formas, puede haber conflicto entre dos impulsos (amar y odiar), entre un impulso y una prohibición (quiero matar vs. no matarás), entre decisiones vocacionales (estudiar medicina vs. ser bailarina de ballet). El conflicto se puede experimentar plenamente, parcialmente o no ser experimentado.

El Yo está asociado a todas las necesidades biológicas e instintos y no tolera el retrasar la gratificación. El Ego se desarrolla para permitir una transacción más efectiva con el medio ambiente. En contraste con el Yo, el Ego pospone la gratificación hasta que el objeto adecuado es encontrado. Las funciones del ego incluyen cognición,

relaciones interpersonales, movimientos voluntarios y mecanismos de defensa.

El superego es la representación interna de los valores, normas y las prohibiciones de la sociedad. Tiene dos componentes: conciente, que castiga a la persona por involucrarse en acciones prohibidas y gratifica pensamientos y acciones moralmente aceptadas, y el ego-ideal que representa la moral perfecta que los individuos buscan y no encuentran.

El conflicto intrapsíquico ocurre cuando las demandas de estas tres agencias mentales están en disputa. Por ejemplo, cuando los impulsos del Yo se incrementan se genera ansiedad, esta ansiedad lleva a que el Ego responda muchas veces empleando mecanismos de defensa (21,23).

MECANISMOS DE DEFENSA

El concepto de mecanismos de defensa se tomó prestado de la inmunología para describir las formas en que el Ego se libera de ansiedad y controla instintos y emociones o afectos desagradables.

La negación se ve con frecuencia en la práctica médica. Es un mecanismo de defensa primitivo, donde se rechaza la realidad externa. La negación involucra una distorsión importante de la realidad. Un ejemplo de negación es cuando un médico ignora los síntomas y signos de un infarto al miocardio y continúa trabajando, también se observa cuando los superiores ignoran las conductas no éticas de sus subordinados y continúan como si no estuvieran ocurriendo.

La proyección es otro mecanismo de defensa asociado a distorsión de la realidad. En la proyección los deseos o impulsos de un individuo son atribuidos a otra persona. Los más típicos son las proyecciones de impulsos sexuales y agresivos. También, se evidencian en actitudes prejuiciosas, por ejemplo, cuando un estudiante de medicina agrede verbalmente a un paciente y luego refiere que el paciente estaba hostil con él, sin ninguna evidencia de ello.

Identificación es un mecanismo psicológico por el cual un rasgo o atributo de otro individuo es incorporado como propio. Este proceso es un factor importante en el desarrollo del superego, sin embargo, así como se pueden incorporar rasgos o atributos favorables para el individuo, también se pueden incorporar rasgos no deseables, por ejemplo, un residente que ha sido maltratado por su asistente, tendrá actitudes abusivas y maltratará a los externos e internos. Su identificación con el asistente puede temporalmente reducir su

sufrimiento por el maltrato recibido pero a costa de una o varias víctimas.

La represión se refiere a olvidos motivados, a través de este mecanismo los recuerdos, sentimientos y actos asociados a impulsos inaceptables o dolorosos se excluyen de la memoria. Este mecanismo de defensa es considerado básico y cuando falla entrarían los otros mecanismos a actuar. Aunque se podría confundir negación con represión el primero es una reacción a peligros externos mientras que el segundo es una reacción a estímulos internos (instintivos). La supresión más bien refleja un esfuerzo voluntario o intencional de olvidar. La persona conoce el material olvidado pero lo ignora. Este mecanismo está considerado entre los mecanismos de defensa maduros. En la supresión lo que se hace es posponer el sentimiento doloroso o indeseable para una situación más adecuada, donde pueda ser tratado en forma más adecuada. Este mecanismo de defensa debería de ser empleado por los médicos o estudiantes de medicina cuando están frente a un paciente grave y deben de regresar a casa luego que terminó el día de trabajo. Se debe de suprimir la preocupación relacionada al paciente hasta el día siguiente que regresa al trabajo. No debería de ser negada o reprimida, lo adecuado sería suprimirla.

El aislamiento e la intelectualización son dos mecanismos de defensa cuyo propósito común es "apagar" sentimientos. En el aislamiento sólo el componente emocional se apaga, mientras que el componente cognitivo permanece conciente. Este mecanismo de defensa es empleado por médicos y estudiantes de medicina al poner una distancia emocional entre el sufrimiento del paciente, necesario para brindar objetividad y el procedimiento terapéutico. Pero si el aislamiento empleado es muy rígido el médico puede ser distante. En la intelectualización se cambia el énfasis de los conflictos internos a ideas abstractas. Por ejemplo, si un médico debe de comunicarle a alguien que tiene una enfermedad terminal, frente a cualquier pregunta del paciente dará explicaciones llenas de términos técnicos y datos estadísticos. Los pacientes pueden ser muy sensitivos al reconocer que hay temas que "ponen incómodo al médico" y evitarán preguntarlos a creca de estos temas aunque esto vaya en contra de su salud.

El desplazamiento involucra el redirigir una emoción del objeto inicial hacia un sustituto más aceptable. La emoción más frecuentemente involucrada es cólera, así un estudiante de medicina puede estar "molesto" con su superior, sin embargo, dirige su agresividad hacia las enfermeras o pacientes.

Acá hemos podido ver como los mecanismos de defensa están asociados a la conducta del médico o estudiante de medicina, con ejemplos muy sencillos he tratado de ilustrar que el empleo de los mecanismos de defensa pueden ser favorables, tal como, la supresión. Pero también, pueden ser desfavorables a llevar a que se realicen conductas no éticas (14, 21,23).

VALORES

Casi todas las personas en algún momento se refieren a sus propios valores o a los valores de otras personas. Se entiende por valor una creencia firme y duradera, una convicción profunda en virtud de la cual un individuo orienta siempre su conducta en determinado sentido. Por ejemplo, si alguien cree firmemente que todos los seres humanos son iguales, independientemente de sus razas o credos, le será fácil no hacer discriminaciones ya sean raciales o relacionadas al credo de cada individuo. Por otro lado si hay una persona que está convencida que la riqueza material es el ideal, esta persona orientará todos sus esfuerzos para acumular riquezas, sin importarle como la consigue. Se puede decir que los valores son creencias que originan acciones. Los valores pueden ser los patrones básicos del comportamiento, y por lo tanto elementos de influencia decisiva en las decisiones que toda persona toma y en metas que elige. Esto es, toda persona tiene un sistema de valores, convicciones profundas que lo llevan a tomar decisiones en los diversos aspectos de su vida, tales como, trabajo, educación, diversión, política, etc. (24, 25,26).

APRENDIZAJE Y CONDUCTA HUMANA MOTIVACIÓN PARA CAMBIAR

La motivación es el estado interno que impulsa nuestra actividad hacia metas determinadas. Es conocido que las personas que están deseosas de entenderse a si mismas para vencer sus dificultades son las que tienen mayor éxito en su esfuerzo. También, está reportado casos que se han resuelto con éxito donde todos buscaron ayuda con el deseo de cambiar. Lo que estas personas tenían en común era una motivación para cambiar. Se han descrito siete criterios para evaluar la motivación para cambiar:

1. La habilidad para reconocer que la naturaleza de los síntomas es psicológico.
2. La habilidad de dar una honesta auto-evaluación acerca de las dificultades psicológicas.
3. Un deseo de participar en terapia.
4. Curiosidad, introspección y habilidad para entenderse a si mismo.

5. Un deseo de explorar y experimentar.
6. Expectativa realista sobre los resultados.
7. Hacer algún tipo de sacrificio.

Las personas que tienen los siete criterios se consideran que tienen una excelente motivación para cambiar, seis es considerado una motivación buena, cinco motivación moderada y las personas con menos de cinco se consideran con motivación dudosa o no motivados para cambiar.

La motivación para cambiar es importante ya que se ha encontrado una correlación entre la motivación para cambiar y cambios favorables. Sin embargo, no debe de concluirse que una persona que no está motivada no puede ser educada para volverse motivada y así obtener un cambio favorable en la conducta. Puede ser incentivada extrínsecamente por medio de premios, elogios y castigos (27).

CAPACIDAD PARA APRENDER

Debe de haber aptitud para el aprendizaje, esto es, requisitos o condiciones necesarias para poder aprender lo que se espera que se aprenda. Unido a la motivación, descrita anteriormente, debe de haber una reacción frente a las consecuencias de la acción, los indicios de hasta que punto se logró la meta prevista y cómo podría mejorarse proporcionan la retroalimentación necesaria para corregir la dirección de la acción. Estas consecuencias pueden agradables (refuerzo) o desagradables y alentar o desalentar la repetición del hecho que las provocó. También, es importante la retención de lo aprendido, existen evidencias que todo proceso de aprendizaje conlleva a un olvido posterior, los hechos específicos y detalles técnicos se olvidan con más facilidad que los principios generales y la capacidad de interpretación. ES útil tener en cuenta que la memoria es selectiva, respondiendo tal selectividad a factores tan diversos como intereses, prejuicios y condiciones emocionales.

Una actitud es una predisposición para actuar o reaccionar de un modo determinado, ya sea en forma positiva o negativa ante objetos, hechos, personas o situaciones. Expresan en cierto sentido el modo de relacionarse que posee un sujeto, hacen que ciertas conductas sean más probables. Las actitudes o conductas se aprenden a partir del resultado, positivo o negativo, que provoca la acción del sujeto sobre el medio; pero sobre todo se aprenden por imitación de la conducta de alguien admirado y respetado (imitación del modelo). Hay que tener en cuenta que el proceso de cambio involucra aspectos afectivos además de los cognoscitivos.

Es imposible entender el comportamiento humano sin conocer algo de principios básicos de aprendizaje. Hay dos atributos humanos importantes, estos son, ña capacidad para aprender a modificar su conducta para adaptarse a nuevas situaciones y su habilidad para recordar los resultados de experiencias pasadas. La terapia de comportamiento supone que muchas de las acciones maladaptativas o inapropiadas, son consecuencia de un aprendizaje equivocado y que al aplicar los principios básicos del aprendizaje se logrará el cambio de conducta. Según la teoría conductual el aprendizaje es un cambio relativamente permanente en una tendencia conductual que ocurre como resultado de reforzamiento.

En esencia el proceso de enseñar ética o valores es el mismo de enseñar y aprender cualquier otra cosa. Sin embargo, es importante reconocer que la ética y los valores tienen un gran componente emocional y que todas las estrategias deben de ser usadas con cuidado en un ambiente adecuado donde se respete al individuo.

De otro modo, la discusión de aspectos éticos o de valores puede producir actitudes defensivas en lugar de aprendizaje nuevo. Se debe de aplicar todos los aspectos teóricos y prácticos conocidos asociados a aprendizaje cognitivo y afectivo. Muchas veces las técnicas empleadas para enseñar ética o valores sólo ha tomado en cuenta uno de estos aspectos, generalmente el cognitivo. A no ser que el pensamiento y los sentimientos, concientes e inconcientes sean todos educados el resultado será insatisfactorio. Se deben de tomar en cuenta todos estos aspectos para obtener buenos resultados.

Se debe de basar el aprendizaje participativo. Es importante primero hacer conocer a los individuos los aspectos involucrados en la ética, el proceso debe de mostrar el ideal y la realidad, quienes son, cómo son y cómo les gustaría ser. Esto provee una dirección para el cambio. Es por esta razón que es de suma importancia que se tengan en cuenta todos los factores que están asociados a la conducta humana, es importante conocerlos y reconocerlos en si mismos. Se les debe de enseñar a los alumnos a preguntarse ¿por qué? cuando confundidos o disgustados por su propia conducta.

También se les debe de enseñar a tomar la primera respuesta que viene a la mente antes de que se pueda racionalizar o intelectualizar la respuesta.

El emplear juego de roles puede también ser útil, el colocarse en la situación crítica de alguien más puede ser de ayuda al aprender valores a conductas éticas. Por ejemplo, el hacer que algún alumno haga las veces

de paciente, con las largas esperas, los malos tratos etc. podría ser de gran ayuda. El emplear hechos reales conocidos por los participantes son de mayor ayuda que casos imaginarios. El emplear experiencias personales y luego el buscar experiencias de los propios alumnos ayudan en el aprendizaje. Es frecuente que los alumnos se consideren “inocentes” observadores de las acciones “malas” de los otros.

¿Qué enseñar?

La labor de la enseñanza es ayudar a conocer los factores asociados a nuestras conductas, considerar las consecuencias de nuestras conductas éticas y lograr que eso mejore nuestras vidas y nuestras vidas con otras personas (27, 28).

AMBIENTE ÉTICO

La ética debe de ser enseñada no solamente con la finalidad que los alumnos conozcan los principios de la ética que teóricamente reconozcan las conductas éticas y no éticas, sino con la finalidad de lograr un cambio favorable en la conducta del estudiante de medicina para que así el paciente sea también favorecido. El lograr este objetivo es muy difícil pero no imposible. La meta debe de ser crear un ambiente ético en los servicios de salud, que se favorezcan y faciliten las conductas éticas y se rechacen las conductas no éticas de manera constructiva. ¿Cómo lograr este ambiente ético? Primero, es muy importante que la enseñanza de la ética sea continua, que no se detenga en sexto año de medicina que continúe durante todos los años de entrenamiento de un médico, incluido el residentado. Debiendo inclusive continuar la enseñanza a los médicos ya graduados.

En mi opinión la enseñanza de la ética debe ser permanente, se debe de crear un espacio para la discusión de casos de ética, así como hay un espacio para Muerte y Complicaciones y Revista de Revistas. Segundo, es muy importante incluir los factores que están asociados a la conducta humana en la enseñanza de la ética, sólo así se podrán modificar las conductas no deseables. El primer paso para modificar una conducta es reconocerla.

Tercero, la enseñanza de la ética se debe de dar en grupos pequeños donde se pueda incentivar el diálogo entre los participantes con casos que los participantes conozcan directamente, si la enseñanza es vivencial, la posibilidad de recordar la enseñanza es mayor que si no se ha pasado por la experiencia. Cuarto, que los profesores de medicina le den tanto valor a los aspectos éticos de los estudiantes de medicina como a los aspectos relacionados a la habilidad diagnóstica o terapéutica de un alumno y quinto que haya “buenos ejemplos” a seguir.

Es importante tener en cuenta que todas las personas aprenden mejor en un ambiente de respeto y aceptación.

Un profesor que comparte sus experiencias y es honesto consigo mismo y con otros, que admite errores y enseña a través del ejemplo será la mejor fuente de aprendizaje. Un ambiente ético evitará conductas no éticas y más bien fomentará las conductas éticas.

El realizar estos cambios no va a ser sencillo, hay que empezar por reconocer que a diario en todos los hospitales se dan conductas no éticas y que es posible cambiarlas

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Dorland's Illustrated. Medical Dictionary. Twenty-sixth Edition. Philadelphia. WB saunders company, 1981.
2. Michaels R. Training in psychiatric ethics. En: Psychiatric ethics. Bloch S, Chodoff P (Eds.) Oxford, Oxford University Press, 1981.
3. Agras S. Behavior Therapy. En: Comprehensive Textbook of Psychiatric/VI. Sixth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
4. Gracia D. La bioética médica. En: Bioética. Temas y perspectivas. Publicación Científica No. 527, OPS. 1990.
5. Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En: Bioética. Temas y perspectivas. Publicación Científica No. 527, OPS. 1990.
6. Llanos R. Bioética y humanismo. Diagnóstico 1998; 37: 362-365.
7. Carpenter W, Buchanan R. Schizophrenia: Introduction and Overview. En: Comprehensive Textbook of Psychiatric/VI. Sixth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
8. Bregman J, Harris J. Mental Retardation. En: Comprehensive Textbook of Psychiatric/VI. Sixth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
9. Newcorn J, Strain JJ. Adjustment disorders. En: Comprehensive Textbook of Psychiatric/VI. Sixth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
10. Sass HM. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. En: Bioética. Temas y perspectivas. Publicación Científica No. 527, OPS. 1990.
11. Syllabus del Curso de ética y deontología. MD 2450. Cuarto año de medicina. 1998.
12. Syllabus del Curso de Ética y Deontología Médica. MD 2570. Quinto año de medicina. 1998.
13. Syllabus del Curso de Ética Médica y Deontología Médica. Sexto año de medicina. 1998.
14. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
15. Delgado H. Curso de Psiquiatría, Sexta Edición, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial, 1993.

16. Flagerty JA, Channon RA, Davis JM. *Psiquiatría: Diagnóstico y Tratamiento*. Primera Edición en Español, Editorial Médica Panamericana, 1991.
17. Gunderson JG, Philips KA. *Personality Disorders*. En: *Comprehensive Textbook of Psychiatric/VI*. Sixth edition. Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) Baltimore, Williams & Wilkins, 1995.
18. Schneider K. *Las personalidades Psicopáticas*. Reimpresión de la Décima Edición en Español, Madrid, Ediciones Morata S.A. 1971.
19. Alarcón R. *La personalidad*. En: Vidal G, Alarcón R. *Psiquiatría*. Primera Edición, Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana 1986.
20. World Health organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*. Clinical descriptions and diagnostic guidelines, Geneva, WHO, 1992.
21. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA (Eds.). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Behavioral Sciences Clinical Psychiatry. Seventh Edition.
22. Mazzotti G. *Libre albedrío y consumo de sustancias*. Monografía. Doctorado en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1997.
23. Brenner C. *An Elementary Textbook of Psychoanalysis*, New York. International Universities Press Inc. 1973.
24. Schwartz SH. *Universals in the Content and Structure of Values: theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries*. *Advances in Experimental Social Psychology* 1992; 25: 1-65.
25. Schwartz SH, Bilsky W. *Toward a Theory of the Universal Content and Structure of Values: Extensions and Cross-Cultural Replications*. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 878-891.
26. Schwartz SH, Bilsky W. *Toward a Universal Psychological Structure of Human Values*. *Journal of Psychological and Social Psychology* 1987; 53: 550-562.
27. Kancepolski J, Ferrante A. *El Proceso de Enseñanza y Aprendizaje*. OPS, OMS. PALTEX: Programa ampliado de libros de texto y materiales de instrucción. Módulo 2. 1992.
28. Dapice AN, Cobb LR, Hutchins EB, Siegel GG. *Teaching and Learning Values*. *Educational Horizons*, 1988; Spring:107-110.
29. Sierles FS (Ed.) *Behavioral Sciences for Medical Students* Baltimore, Williams & Wilkins, 1993.

Eutanasia: Aspectos éticos controversiales*.

RODRIGUEZ CASAS Rómulo César

La vida constituye un valor superior y es la base de sustentación para todos los demás valores.

La muerte como episodio final de la vida, es un evento tan natural y frecuente como el nacimiento. Como fenómeno biológico y como proceso clínico debería tener su lugar en la formación y en el bagaje de conocimientos del médico. Sin embargo, esto no es siempre así, con frecuencia el profesional de la salud se encuentra no preparado psicológicamente y médicamente para manejarlo, haciendo que su actuación en muchos casos no beneficie al paciente (1).

En tiempos pasados, la mayor parte de las personas morían en casa, en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar las decisiones pequeñas o grandes. La ciencia y la tecnología médica, a cambiado la forma de morir que era tradicional, hoy la muerte se ha “hospitalizado”, produciendo una involuntaria deshumanización de la medicina (2).

La palabra eutanasia proviene de las voces griegas eu = bueno y thanatos = muerte, “Buena muerte”. Este término a evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona a petición suya, con el fin de minimizar el sufrimiento (3).

Dentro de la concepción de eutanasia, es conveniente diferenciar primeramente lo concerniente a:

1. Eutanasia voluntaria activa: Es sinónimo de matar. El médico accede al pedido explícito de un paciente competente, de realizar un acto que causa la muerte del mismo, la cual se produce usualmente inmediatamente, después de terminarlo. La acción del médico es tanto necesaria como suficiente (4,5)
2. Eutanasia voluntaria pasiva: Es el dejar morir. Es cuando el médico responde al pedido de un paciente competente de no aceptar un tratamiento sabiendo que al hacerlo, el enfermo morirá más rápido que si el médico no hubiese aceptado la solicitud y hubiera iniciado o continuado dicho tratamiento.

A esta forma de eutanasia se le describe como rechazo o interrupción de medidas de apoyo vital.
3. Suicidio asistido (por el médico): El médico provee de medicina u otras intervenciones a solicitud implícita de un paciente competente, comprendiendo que este intentará usarlas para cometer suicidio. La muerte no es el resultado directo de la acción médica, pues su participación es un componente necesario, pero no suficiente (4,5).

* Monografía de Doctorado en Medicina.
Tutor: Dr. Raúl León Barúa.

En la evolución histórica de la eutanasia vemos como en Grecia y en la Roma Antigua era frecuente que los enfermos sin cura se quitaran la vida o que incluso el médico les administrase veneno con ese fin (6). Posteriormente con la denominada Escuela de Cos, cuyo mayor representante fue Hipócrates; se inicia el estudio científico de la medicina y además sus miembros establecieron ciertos principios para la práctica de la medicina, que quedó plasmado en el juramento hipocrático, en el que juraba defender la vida, incluso la del moribundo.

Más adelante, el surgimiento del cristianismo ayudó a reforzar la tendencia hipocrática de respetar la vida y convirtió el rechazo a la eutanasia en tendencia mayoritaria.

En las últimas décadas del siglo pasado y en las primeras del presente, surgen teorías como la degeneración innata, el Darwinismo Social, exponen que hay unas vidas que no merecen vivirse, mencionando entre éstas, a los enfermos terminales, enfermos mentales, niños deformes, sociópatas, alcohólicos, etc. Como bien sabemos, el nacional socialismo alemán llevó a la práctica algunos de estos argumentos, terminando con el terrible genocidio judío, haciendo de la eutanasia un derecho del estado sobre la vida de los individuos.

En las décadas siguientes surgen algunas entidades en pro de la legislación de la eutanasia, como algunos intentos aislados, pero no es hasta la década de los 70 que surge en Holanda un movimiento de opinión pública que apoya la posición de los galenos que cometían eutanasia (4,7).

Es a partir de ese momento y con el auge en los años siguientes que ha venido a tener el derecho de autonomía, dentro de la ética médica, que los movimientos a favor de la eutanasia han surgido con mayor fuerza y su intento por lograr la legislación de la eutanasia en los diferentes países, ha sido cada vez más intenso; incluso en muchos de ellos, apoyados por una fuerte corriente de opinión pública. Sin embargo, hasta el momento la eutanasia, no ha sido legalizada en forma completa y total en ningún país del mundo; es cierto, que en algunos se han dado ciertas legislaciones “permissivas” (por ejemplo Holanda), en otros incluso se ha dado marcha atrás en algunos aspectos que habían sido permitidos (por ejemplo Australia), esta “falta de legalidad”, a mi modo de ver refleja los grandes problemas y controversias éticas que hasta el momento no han podido ser del todo dilucidadas.

Es por ello, que en Derecho y Ética suelen darse casos de derechos conflictivos. El derecho de una per-

sona, cómo y cuándo morir (autonomía) parece entrar con colisión con otros valores significativos, como la salvación y la prolongación de la vida humana. En los conflictos morales, los que deciden los tribunales, no se resuelve el asunto moral conflictivo, pero los argumentos y las cuestiones que se invocan en las disputas jurídicas, reflejan las dimensiones éticas del problema (2).

En el presente trabajo intento exponer y dar alguna visión sobre algunas controversias y problemas éticos acerca de la eutanasia, por supuesto no es mi intención, ni mucho menos llegar a conclusiones a una problemática aún vigente para la humanidad; en todo caso esto intentará dar un punto de vista personal al respecto.

En todas las definiciones de Eutanasia que se han dado con anterioridad, se menciona a la competencia del paciente como un elemento que se hace la diferencia. Es por ello que desde el punto de vista ético, la eutanasia activa estaría permitida si se hace con el consentimiento pleno y claro del paciente, el cual es autónomo y por ende dueño de su vida (4).

Es en las últimas tres décadas que este principio de autonomía a desplazado a la beneficencia, como primer principio de la ética médica. Esto ha sido la reorientación más radical ocurrida en la larga historia de la tradición hipocrática. Como resultado de ello la relación entre el médico y el paciente es ahora más franca y abierta, y en ella se respeta más la dignidad de los pacientes (8).

Pero esto a su vez, significa que cuando todo los seres humanos que componen un grupo social viven de forma adulta y autónoma, hay mucha probabilidad, de que no solo en el mundo de la política, sino también en el de la moral y el de la religión, mantengan posiciones diferentes. De aquí derivaban dos consecuencias: La primera, que una sociedad basada en la libertad y la autonomía de todos sus miembros ha de ser por necesidad plural y pluralista, es decir que sus miembros no sólo tendrán opiniones políticas religiosas, morales, etc. distintas, sino que además se comprometerán a respetar las de todos los demás, a condición de que también éstos respeten las suyas. La segunda consecuencia es que además de plural esa sociedad deberá de ser secularizada, ya que resultará prácticamente imposible lograr la uniformidad en materia religiosa (9).

El principio de autonomía tiene su equivalente en lo que otros han dado en llamar el concepto de “Libre albedrío”, esto es, la libertad y capacidad plena para decidir nuestras acciones y plasmar nuestra conducta; en pocas palabras, la facultad de autodeterminación, pero

esta libertad, a su vez ya tendría sus bases en la evolución de la vida y por ende, éste “libre albedrío” ya estaría condicionado en parte en las personas, por hechos evolutivos (10,11).

Es en base a aquellos y otros aspectos que se ha dicho que la autonomía tiene restricciones internas y externas que pueden impedir las decisiones y acciones autónomas.

En las primeras se incluyen por ejemplo disfunciones cerebrales, traumatismos o falta de lucidez mental; mientras que en la segunda algunos hechos externos como la coerción, el engaño físico y emocional o la privación de información indispensable, hacen que la persona si bien tiene capacidad de autogobierno, no la pueda emplear en una acción autónoma.

El derecho moral del paciente al respeto de su integridad y autonomía, no es absoluto. Cuando ese derecho entra en conflicto con el de la integridad de otras personas surgen varias limitaciones. Una de ellas es el derecho del médico, como persona a su propia autonomía. El paciente no puede violar la integridad del médico como persona, si por ejemplo éste se opone por razones morales a la eutanasia; no se puede esperar que respete la autonomía del paciente y reprima su propia integridad. Esto en el futuro, se convertirá en un asunto de importancia cada vez mayor, a medida que se legalicen los procedimientos debatibles por razones morales, como la eutanasia voluntaria o el suicidio asistido. Sin embargo, pienso que ninguna normal legal podrá obligar al médico a condicionar o renunciar a sus principios éticos es decir a su integridad. Porque como sabemos, las normas legales son expresión de un momento o circunstancia política, social o económica, por lo tanto pueden ser cambiantes de acuerdo al tiempo o la circunstancias que primen en ese momento; Por el contrario los principios y normas éticas tienen una trascendencia mayor en la integridad de las personas.

Por ello, tanto el médico como el paciente están obligados a respetar la integridad de la otra persona y ninguno puede imponer sus valores al otro.

Llevado a sus últimos extremos, el derecho de autonomía moralmente justificable, podría minar el carácter comunitario de la existencia humana. La autonomía convertida en un derecho absoluto, conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía. Los seres humanos, son animales sociales y no pueden realizarse sino en las relaciones sociales. La comunidad en que reside el paciente tiene también sus derechos morales. Esta dimensión comunitaria de la ética médica, está en peligro de verse comprometida si el impulso dado actualmente a la autonomía, no se modula y equilibra

de acuerdo con los derechos morales de las otras personas y la comunidad (12).

Por todo lo anteriormente expuesto, es que concuerdo con Pellegrino, cuando menciona que muchas de las deficiencias morales del concepto y principio de la autonomía, mejoran cuando consideramos el concepto más fundamental de integridad de las personas, del que la autonomía es una expresión parcial e incompleta.

La integridad es un concepto más complejo que el de autonomía. La integridad abarca la autonomía porque la pérdida de ésta impide que se obre como ser humano intacto y completo. Sin embargo, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que la integridad incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es una capacidad de la persona total, pero no es el total de las capacidades de una persona. Podemos resumir las diferencias entre la autonomía y la integridad del siguiente modo: La autonomía es una capacidad inherente al hecho de ser persona racional. Es algo que tenemos o poseemos. Si no hemos desarrollado nuestra capacidad para emitir un juicio racional carecemos de autonomía y podemos perder la que tengamos al perder esa capacidad racional. Podemos disponer de varios grados de autonomía, según la interacción de impedimentos internos y externos en el funcionamiento de nuestra capacidad para elegir y actuar con autodeterminación. En esas circunstancias, nuestro derecho a la autonomía se puede trasladar a las decisiones de un sustituto moralmente válido o ha un documento tal como un testamento de vida, un poder notarial duradero o una orden médica. La transferencia de nuestra autonomía es una violación de una parte importante de nuestra humanidad, aunque no nos priva de nuestra condición de seres humanos.

Por otra parte, la integridad, es un asunto de existencia.

Es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, conscientes o inconscientes. No admite grados, ni se puede perder.

La integridad no es algo que tenemos, es parte de nuestro ser como humanos. No se puede transferir a nadie. Violar nuestra integridad es violar todo nuestro ser como criaturas humanas (12,13).

Desde este punto de vista, la restauración de la integridad de la persona, es la base moral de la relación del médico con el paciente.

Los principios de intimidad, autonomía y respeto a la integridad de la persona, son necesarios pero no totalmente suficientes para preservar la integridad de la

persona enferma en la transacción médica. Lo indispensable es la persona de integridad, la persona de entereza moral que respete los matices y las sutilezas del derecho moral a la autonomía. Por tanto el médico debe ser una persona que tenga la virtud de la integridad, una persona que no solo acepte el respeto de la autonomía de otros como principio o concepto, sino también en la que se puede confiar para que interprete su aplicación con la máxima sensibilidad moral. El médico nunca debe olvidar que automáticamente es un cómplice moral de cualquier política, acto o decisión que ponga en peligro la integridad y autonomía del paciente.

Por estas razones para tomar decisiones moralmente justificables, la decisión no debe ser tomada por el médico en lugar del paciente ni por éste independientemente del médico o de la comunidad. Desde el punto de vista fenomenológico, estos elementos de una decisión médica son inseparables. La condición moralmente óptima es aquella en la cual la decisión proviene del médico y del paciente. Por su parte, el médico debe tomar la decisión “por y con el paciente”; “por” no significa “en lugar del paciente”, sino “por sus intereses”.

Esta formulación preserva el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y el derecho moral más profundo a la integridad de las personas (12,13).

A pesar de todos los argumentos éticos antes mencionados, en la práctica cuando un paciente con enfermedad terminal acompañada de gran sufrimiento, decide someterse a la eutanasia, es muy difícil saber con certeza si el paciente está en capacidad de dar un consentimiento informado y pleno para tomar una determinación libre, de tal importancia.

Ante esta situación, cabe preguntarnos: ¿Si cómo médicos, hemos agotado todas nuestras capacidades ante el paciente? ¿Acaso estamos emocionalmente mal preparados para aceptar la muerte, cuando esta es inevitable?. ¿Hemos realizado un manejo integral y racional de nuestro paciente terminal?.

El paciente terminal que adopta la eutanasia como último recurso para librarse del sufrimiento, en muchas ocasiones tiene comprometido su psiquismo, se deprime, puede alterar aún su raciocinio y por lo tanto disminuir su capacidad de elección; si tratamos su depresión y estado psicológico es posible que mejore su actitud mental desapareciendo las ideas de autodestrucción. De la misma manera si tratamos adecuadamente el dolor y la sintomatología de estos pacientes podremos haberles dado una gran ayuda (10).

Todas estas medidas al llevarse a cabo en el paciente terminal es lo que se ha denominado el cuidado paliativo óptimo, que es obligación y deber del médico conocerlo, enriquecerlo y practicarlo; pues no se trata de la administración mecánica y automática de medicación sintomática, o medidas de rutina o de tipo empírico, sino que por el contrario se trata del cuidado integral, multidisciplinario racional y comprometido de un ser humano en la etapa más crítica de su relación con el profesional médico.

Al respecto la organización mundial de la salud a propuesto 7 puntos en el cuidado paliativo, que redondean la idea del cuidado integral:

1. Cuidado activo y total.
2. Manejo multidisciplinario de la calidad de vida.
3. Control de los síntomas.
4. Mantenimiento de la función.
5. Soporte psicosocial y espiritual.
6. Soporte espiritual de la familia.
7. Atención integral del fin de la vida. (1)

Al final el médico debe distinguir claramente entre prolongar la vida y prolongar la muerte, si lo primero tiene sentido lo segundo no. El médico necesita mucha ecuanimidad para evaluar que debe hacerse o que no, buscando siempre el bien del paciente. El médico bueno, no es el que “hace hasta lo último” por el paciente; en medicina hay que saber hacer y no hacer, los “encarnizamientos terapéuticos” no tienen sentido (14).

Otro aspecto controversial es sobre el concepto de “calidad de vida” en los pacientes terminales, el cual arrastra consigo una carga de subjetivismo y un riesgo de arbitrariedad, que lo convierte en un tema bioético incómodo (13).

La calidad de vida solo es dimensionado en toda su magnitud por el propio paciente. Es por tanto difícil determinar la “calidad de vida de una persona”, porque contiene un elemento subjetivo que difiere de una persona a otra y hasta puede variar en una misma persona de un momento a otro. Por estas consideraciones, es que se ha intentado incluso cuantificar la calidad de la vida, mediante el empleo de fórmulas; pero esto no ha hecho más que hacer aún más obvias las distorsiones y discriminaciones que se producen, prejuzgando a favor de los jóvenes, de los que tienen menos lastres hereditarios y en general, de lo social y económicamente privilegiados (13).

Por ello fundar la decisión de un tratamiento en “la calidad de la vida” es éticamente más problemático que fundarlo en hechos objetivos referidos al pronóstico y

evolución de la enfermedad. Pese a la incertidumbre de hacer predicciones respecto a la evolución de un paciente, esta tarea se basa en información objetiva. Todas las cuestiones científicas tienen un grado de incertidumbre sus verdades son probabilísticas, antes que absolutas, pero la falta de certeza no hace que tales hechos sean menos objetivos.

Por último no debe confundirse la “calidad de la vida” con el concepto de “valor de la vida”, pues si la calidad es variable, el valor de la vida humana no lo es y siempre será independiente de la circunstancias. (14,15)

En relación al uso de medios ordinarios y extraordinarios en el paciente terminal, esto también ha generado algunas posiciones disímiles. Se ha dicho que para no faltar a la ética médica deben usarse los medios ordinarios, pero no hay obligación de usar los extraordinarios (16).

Pero en la práctica es muy difícil separar unos de otros, pues lo que antes fue extraordinario puede resultar en el presente ordinario, es decir que estos conceptos pueden cambiar circunstancialmente en el tiempo y lugar. Por ello en bioética los conceptos de ordinarios y extraordinarios, suplantaron a los de proporcionados y no proporcionados.

Hay 4 criterios que pueden servir para clasificar un recurso de extraordinario o no proporcionado para un paciente:

1. El sufrimiento que produce no compensa el beneficio buscado para el enfermo.
2. El beneficio obtenido no tiene significancia, si se evalúa dentro de la salud total del paciente.
3. El recurso tiene bajo porcentaje de efectividad.
4. El paciente, la familia, o la sociedad debe hacer una gran erogación para obtener el recurso (14)

Acordar el cese de medidas extraordinarias o desproporcionadas de mantención vital o suspender todo tratamiento cuando ya se ha restaurado el proceso de muerte, no son realmente concesiones hechas al movimiento pro-eutanasia, ya que no se dan los elementos básicos de un acto eutanático: falta la voluntad explícita y ratificada del paciente, y no se está realmente decidiendo la omisión o intervención que transforme una situación de vitalidad desesperada en uno de muerte

acelerada (13).

La gama de aspectos o cuestiones éticas controversiales en relación a la eutanasia, es por supuesto más amplia y vasta, de lo que me he referido. Mi intención ha sido sólo ocuparme de algunos de ellos, que a mi juicio son los más relevantes. La discusión y la confrontación al respecto queda abierta y deberá llevar a enriquecer las decisiones que en el futuro adopte la sociedad en su conjunto.

Mientras tanto, el médico debe empezar a asumir plenamente el rol que la sociedad le ha asignado en el cuidado del paciente, rol que incluye su activa participación en el proceso que antecede al final de la vida y durante el acto de morir.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Solidoro A. El Médico, La Muerte, y el Morir. Rev. Diagnóstico 1999; 38(1): 36-42.
2. Carrasco AM, Piskorz S. XVI Jornadas Nacionales de Derecho Civil. Comisión N° 9. Ética y Derecho Civil. “Reflexiones para la muerte digna y los proyectos de ley en nuestro país - Argentina” - Internet.
3. Euthanasia and physician Assited Suicide. Internet.
4. Montori V. Medicina Ethica et Thanatos. Universidad Cayetano Heredia. Lima.1996.
5. Bernat J, et al. Patient Refusal and Hydratation and alternative to Physician - Assisted or Voluntary Active Euthanasia. Arch Intern Med 1993; 153:2723-28.
6. Emanuel EJ. The History of Euthanasia Debates in the United States and Britain. Ann Intern Med 1994; 121:793-802.
7. Miles SH et al. Race Hygiene and National Efficiency: The Eugenics of Wilhelm Schallmayer. JAMA 1989; 261:300-1
8. Llanos R. Bioética y Humanismo. Diagnóstico 1998; 37(6): 362 - 365.
9. Emanuel E. Euthanasia: Historical, Ethical and Empire Perspective. Arch Intern Med 1994; 154:1890-58.
10. León Barúa R. Bases Biológicas de la Ética Diagnóstico 1998; 37(5): 311-316.
11. D.D. Raphael. “Moral philosophy”. Oxford University Press. 1994. Pág. 91 - 114.
12. Bioética -Temas y Perspectivas. Publicación científica N° 527-OPS. 1990. Pag. 3-49.
13. Kottow M. Introducción a la Bioética. Obra editada por el Centro Interdisciplinario de Bioética de la Universidad de Chile con el Auspicio del Programa Regional de Bioética de la OPS. 1995. Pág. 91 - 114.
14. Vélez LA. Ética Médica. Correo. 1996.
15. Cruz PA. Algunas consideraciones en torno al derecho a la vida y la eutanasia. Internet.
16. Declaración de la Comisión Central de Odontología de la OMS. Sobre la Eutanasia. Universidad de Navarra Departamento de Bioética. Marzo 1986.

Enfermedad de Kawasaki: A propósito de un caso atípico y con intususcepción.

TORI TORI Carlos*, BAZÁN ZENDER Carlos**, VARGAS GALGANI Mario.***

SUMMARY

We present a rare association of atypical Kawasaki disease and intususcepción in a three month old male patient. It all began with high fever and an obstructive intestinal syndrome developed in the second day of hospitalization, diagnosed as a colo-colonic intususcepción. Despite an adequate postoperative antibiotic coverage the high fever continued, which made us pursue a diagnosis of a vasculitis syndrome among other entities. The echocardiogram showed dilatation of both coronary arteries. The currently accepted clinical criteria for Kawasaki disease may not always allow its identification in patients who are younger than six months of age. A diagnosis of Kawasaki disease and an echocardiographic evaluation of the coronary arteries should be considered in young infants with prolonged fever of unknown origin. (*Rev Med Hered 2001; 12: 37-41*).

KEY WORDS: Kawasaki, mucocutaneous lymph node syndrome, atypical vasculitis, intususcepción, children.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un paciente varón de tres meses de edad con enfermedad de Kawasaki atípica e intususcepción, lo cual constituye una asociación infrecuente. La continuidad de la fiebre a pesar de una cobertura antibiótica adecuada, la ausencia de otra sintomatología y la dilatación de ambas arterias coronarias en el ecocardiograma nos llevaron al diagnóstico de enfermedad de Kawasaki atípica.

Enfermedad Actual

A.D.S., varón de tres meses de edad con fiebre de 36 horas de evolución e irritabilidad, pero en buen estado general. Un día antes de su ingreso había concurrido al

Servicio de Emergencia por llanto frecuente y fiebre. Al día siguiente acude nuevamente a Emergencia por fiebre alta y ningún otro síntoma. El examen físico era normal, no habiendo adenopatías, signos meníngeos, ni hepato o esplenomegalia.

Antecedentes familiares: Asma bronquial, diabetes mellitus y lupus eritematoso en la rama materna.

Como la fiebre era bastante alta, se hospitalizó al paciente y se inició tratamiento con ceftriaxona y gentamicina por vía endovenosa.

El hemograma mostró anemia leve, leucocitosis y trombocitosis (Cuadro N°1). Las transaminasas y el examen de orina fueron normales. Los cultivos fueron

* Pediatra, Clínica San Felipe. Profesor Invitado del Departamento de Pediatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

** Cirujano-Pediatra, Clínica San Felipe. Lima, Perú.

*** Médico-Cardiólogo, Clínica San Felipe. Lima, Perú.

CUADRO N°1

Cuadro N° 1

	06-Feb-01	07-Feb-01	09-Feb-01	11-Feb-01	15-Feb-01 Post-IGG
Hemoglobina g/100ml	10.2	9.9	10.3	10.4	13.0
Hematocrito	29	28.3	30.6	31.5	39.2
Hemates X mm ³	3'790,000	3'700,000	3'910,000	3'890,000	4'900,000
Leucocitos X mm ³	31,600	14,200	17,700	19,800	10,900
Mielocitos	0	0	0	0	0
Metamielocitos	0	0	0	0	0
Abastionados	1	3	4	3	0
Segmentados	70	59	48	49	39
Linfocitos	23	34	45	40	51
Monocitos	5	2	0	4	2
Eosinófilos	1	2	3	4	7
Basófilos	0	0	0	0	1
Plaquetas X mm ³	897000	569000	538000	530000	697000

negativos.

Al día siguiente la fiebre siguió alta, y se notó cierta resistencia a la palpación del hemiabdomen derecho. El estudio radiográfico de abdomen reveló obstrucción intestinal cuya causa fue una intususcepción colo-colónica a la altura del ángulo esplénico del colon. En el postoperatorio inmediato se reemplazó la gentamicina por aztreonam y se agregó metronidazol parenteral. Al segundo día postoperatorio se notaron los labios secos con lesiones costrosas.

El paciente siguió con fiebre alta hasta de 41° C du-

rante los cinco días postoperatorios a pesar de una buena cobertura antibiótica. El ecocardiograma mostró dilatación de las arterias coronarias en su trechos proximales con 3 y 4 mm de diámetro (ver Fotos 1 y 2).

El paciente recibió ese mismo día inmunoglobulina endovenosa, 2 gr/Kg de peso, y aspirina 80 mg/Kg de peso al día por vía oral, administrada cada 6 horas y ranitidina .

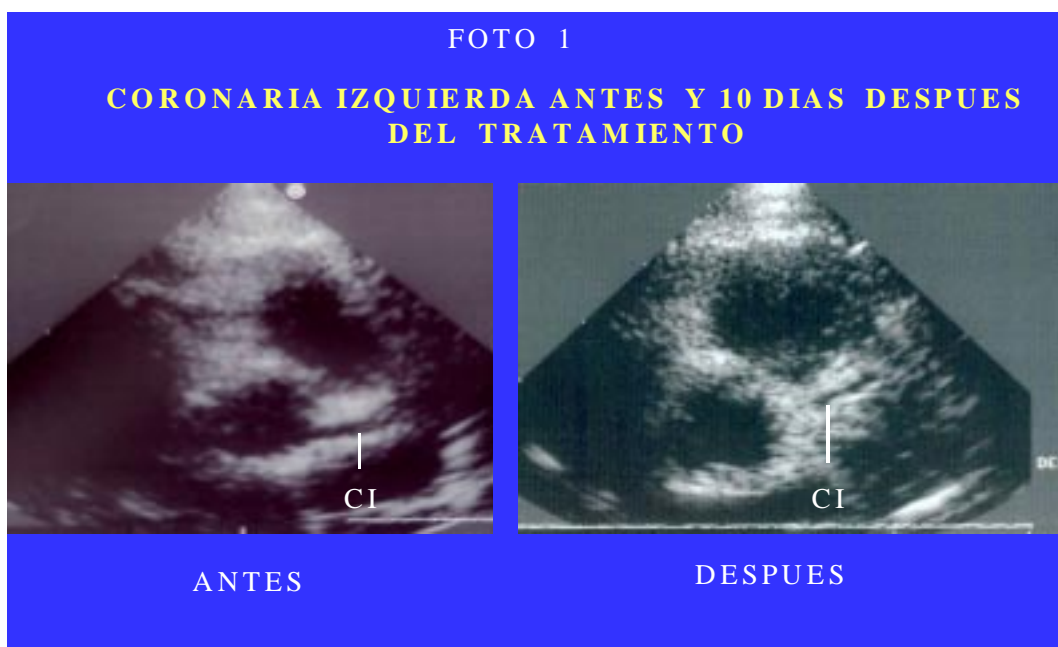
La respuesta fue inmediata. Al término de la administración de la inmunoglobulina, la fiebre bajó y el paciente permaneció afebril. La dosis alta de aspirina se mantuvo durante catorce días y luego se disminuyó a 5 mg/Kg al día y permanecerá así durante tres meses.

El ecocardiograma efectuado 10 días después del primero mostró una reducción del 50% en el calibre de las arterias coronarias.

DISCUSION

La enfermedad de Kawasaki consiste en una vasculitis multisistémica aguda, febril y autolimitada que afecta casi exclusivamente a los niños en edad pre-escolar (1). Esta enfermedad fue descrita originalmente por Kawasaki en la literatura japonesa el año 1967, a la cual denominó Síndrome Mucocutáneo Linfático atribuyéndole un curso benigno (2).

La edad pico de presentación es entre el primer y



segundo año de vida, con el 80% de los casos en menores de 4 años de edad. Los varones son más afectados que las mujeres en una proporción de 1.5 a 1. Individuos de raza japonesa y coreana tienen un mayor riesgo de enfermedad (1,3,4). En los países desarrollados la enfermedad de Kawasaki ha reemplazado a la fiebre reumática como la causa más común de enfermedad cardíaca adquirida en pediatría (5).

La enfermedad de Kawasaki es una enfermedad trifásica de inicio agudo con fiebre alta como primer signo y una duración de 7 a 14 días. Se acompaña de inyección conjuntival sin secreción ocular, cambios en la mucosa oral como eritema de faringe, lengua aframbuesada, labios fisurados; un edema indurado y coloración purpúrea de palmas y planta de los pies; un rash máculo-papular o morbiliforme principalmente en el tronco, y linfadenopatía cervical con ganglios de diámetro no mayor de 1.5 cm. Le sigue una fase subaguda de 25 días de duración, durante la cual desaparecen la fiebre, el rash y la linfadenopatía y se agregan descamación de los dedos, artralgias, artritis y disfunción miocárdica.

La fase de convalecencia se inicia cuando ya no hay signos clínicos y continúa hasta que la velocidad de sedimentación retorna a lo normal, usualmente a los 70 días de iniciada la enfermedad.

Aunque los niños menores de 6 semanas de edad pueden tener los signos clásicos de la enfermedad, el diagnóstico en los primeros tres meses de vida es infrecuente, por presentar ellos manifestaciones leves o atípicas, con menos signos diagnósticos o sólo fiebre y el hallazgo de anomalías en las arterias coronarias, como en el caso presente (6,7,8). Esto es lo que constituye el Kawasaki atípico.

Estas anomalías en las coronarias se comienzan a visualizar entre el final de la primera semana y comienzos de la segunda. Consisten en dilatación progresiva de las arterias coronarias, alcanzando mayor incidencia y severidad al mes de su inicio. En total, un 18 a 25% de pacientes van a desarrollar estos aneurismas, y los varones menores de 1 año son los que están en mayor riesgo. Otros hallazgos cardiovasculares son: pericarditis (30%), ritmo de galope, insuficiencia cardíaca (20%), insuficiencia tricuspídea (30%), insuficiencia mitral (25%), miocarditis, y bloqueo cardíaco de primer grado (1). Además pueden presentar meningitis aséptica, artralgias y artritis, distensión aguda de la vesícula biliar, diarrea (25%), hepatopatía (40%), neumonitis, otitis media, uretritis (60%) (1), anemia hemolítica autoinmune (9), psoriasis (9), hipertensión renovascular (10), colitis izquierda (11) e isquemia periférica severa resultante

en gangrena (12). Otro signo es el eritema e induración en el sitio de inoculación del bacilo de Calmette-Guerin (13).

Los resultados de exámenes de laboratorio son una muestra del grado de inflamación sistémica: leucocitosis, algunas veces con desviación izquierda; anemia; aumento de la velocidad de sedimentación; presencia de proteína C reactiva, de alfa-1-antitripsina y, también, trombocitosis. Nuestro paciente mostró una leucocitosis importante, anemia y trombocitosis.

La intususcepción es un cuadro bastante infrecuente en pacientes con Enfermedad de Kawasaki. Solamente hay un caso descrito en la literatura en un bebé de sexo femenino de 4 meses de edad (14). Esto es de llamar la atención, ya que hay casos de intususcepción descritos en otros tipos de vasculitis como en la púrpura de Henoch-Schönlein, en el edema hemorrágico agudo que es una forma de vasculitis leucocitoclástica limitada a la piel, y en el lupus eritematoso diseminado (15,16,17,18,19).

En cuanto al tratamiento, la respuesta a la inmunoglobulina endovenosa y aspirina en altas dosis es bastante rápida. Dos tercios de los pacientes permanecerán afebriles y mejorados después de 24 horas de haber completado el tratamiento endovenoso. El 90% lo estará a las 48 horas. Aquellos que permanecen con fiebre tienen un alto riesgo de desarrollar anomalías coronarias (1).

La administración de inmunoglobulina endovenosa en la fase aguda de la enfermedad reduce la prevalencia de dilatación coronaria a menos del 5% y la de aneurismas coronarios gigantes a menos del 1% (20).

El pronóstico de esta enfermedad empeora si existen factores como el ser de sexo masculino, tener menos de 1 año de edad, haber tenido fiebre por lo menos 14 días o recrudescencia de la fiebre, tener una hemoglobina menor de 10 gm/dl, leucocitosis de más de 30,000/mm³, elevación persistente de la proteína C reactiva y una velocidad de sedimentación mayor de 30 mm/hora (Westergren)(21).

La trombocitopenia está asociada con el desarrollo de enfermedad coronaria severa e infarto de miocardio (22).

En conclusión, la Enfermedad de Kawasaki debe considerarse siempre en el diagnóstico diferencial de una fiebre prolongada en niños. Ocasionalmente la fiebre puede ser la única manifestación de la enfermedad en pacientes menores de seis meses de edad. En tales



casos, el diagnóstico se confirma con el hallazgo de aneurismas coronarios en el ecocardiograma (23). Seguir exactamente los criterios actualmente aceptados para diagnosticar la enfermedad de Kawasaki puede llevarnos a no reconocer sus formas incompletas, con secuelas potenciales de infarto de miocardio y muerte súbita (8).

Correspondencia

Dr. Carlos Tori Tori.
Clínica San Felipe. Av. Gregorio Escobedo 660, Of 404.
Lima 11, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Melish ME. Kawasaki Syndrome. *Pediatrics in Review* 1996; 17(5):153-162.
2. Kawasaki T: Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children [Japanese]. *Jpn J Allergy* 1967; 16:178-222.
3. Morens DM, Anderson LJ, Hurwitz ES. National surveillance of Kawasaki disease. *Pediatrics* 1980; 65:21-5.
4. Dean AG, Melish ME, Hicks R, et al: An epidemic of Kawasaki syndrome in Hawaii. *J Pediatr* 1982; 100:552-557.
5. Taubert KA, Rowley AH, Shulman ST: A 10 year (1984-1993) United States hospital survey of Kawasaki disease. In Kato H (ed): *Kawasaki Disease*. Elsevier Science, Amsterdam, The Netherlands, 1995, pp 34-38
6. Boven K, DeGraeff-Meeder ER, Spliet W, et al: Atypical Kawasaki disease: An often missed diagnosis. *Eur J Pediatr* 1992; 151:577-580.
7. Burns JC, Wiggins JW, Toews WH, et al: Clinical spectrum of Kawasaki disease in infants younger than 6 months of age. *J Pediatr* 1986; 109:759-763.
8. Rowley AH, Gonzalez-Crussi F, Gidding SS, et al: Incomplete Kawasaki disease with coronary artery involvement. *J Pediatr* 1987; 110:409-413.
9. Burke AP, Virmani R, Perry LW, Ling Li, King TM, Smialek J. *Pediatrics* 1998; 101:108-111.
10. Foster BJ. Kawasaki disease complicated by renal artery stenosis. *Arch Dis Child* 2000; 83: 253-5.
11. Chung CJ. Kawasaki disease presenting as focal colitis. *Pediatr Radiol* 1996; 26:455-7.
12. Tomita S, Chung K, Mas M, et al: Peripheral gangrene associated with Kawasaki disease. *Clin Infect Dis* 1992; 14:121-126.
13. Suzuki A, Yamagishi M, Kimura K, et al: Functional behavior and morphology of the coronary artery wall in patients with Kawasaki disease assessed by intravascular ultrasound. *J Am Coll Cardiol* 1996; 27:291-296.
14. Huang YC. Unusual manifestations in children with Kawasaki disease. *J Formos Med Assoc* 1997; 96: 451-6.
15. Robson WL, Leung AK: Henoch-Schonlein purpura. *Adv Pediatr* 1994; 41:163-194.
16. Lanzkowsky S, Lanzkowsky L, Lanzkowsky P: Henoch-Schoenlein purpura. *Pediatr Rev* 1992; 13:130.
17. Roberti I, Reisman L, Churg J: Vasculitis in childhood. *Pediatr Nephrol* 1993; 7:479.
18. Baselga E, Drolet BA, Esterly NB. Purpura in infants and

- children. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1997; 37:673-708.
19. Bailey M, Chapin W, Licht H, Reynolds JC. Gastrointestinal Disorders and Systemic Disease, Part II. The Effects of Vasculitis on the Gastrointestinal Tract and Liver. *Gastroenterology Clinics* 1998; 27:747-782.
20. Newburger JW. Kawasaki disease: Who is at risk? *J Pediatr* 2000;137:149-52.
21. Asai T. [Diagnosis and prognosis of coronary artery lesions in Kawasaki disease. Coronary angiography and the conditions for its application (a score chart)]. *Nippon Rinsho* 1983;41:2080-5. (Jpn).
22. Niwa K, Aotsuka H, Hamada H, et al: Thrombocytopenia: A risk factor for acute myocardial infarction during the acute phase of Kawasaki disease. *Coron Artery Dis* 1995; 6:857-864.
23. Rowley AH, Shulman ST. Kawasaki Syndrome. *Pediatr Clin North Am* 1999; 46:313-329.