

**revista
argentina
de**

CIRUGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

**LIX CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA
XXXII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA Y CARDIOVASCULAR
XVIII JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA**

Número Extraordinario

Buenos Aires

RELATOS

Año 1988

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

RELATOR: *Dr. Florentino A. Sanguinetti* MAAC

"Mantendré mi vida y mi arte alejados de la culpa".

Juramento Hipocrático.

"Sientes pasión por la verdad, pero ya no podrás decirla. Tendrás que ocultar a algunos la gravedad de su mal; a otros su insignificancia, pues les molestará. No cuentes con que este oficio tan penoso te haga rico: te lo he dicho, es un sacerdocio, y no sería decente que produjera ganancias como las que tiene un aceitero o el que vende lana.

Tu vida transcurrirá como a la sombra de la muerte, entre el dolor de los cuerpos y de las almas. Te verás solo en tus tristezas, solo en tus estudios, solo en medio del egoísmo humano. Ni siquiera encontrarás apoyo entre los médicos, que se hacen sorda guerra por interés o por orgullo. Únicamente la conciencia de aliviar males podrá sostenerte en tus fatigas".

Consejos de Esculapio (Anónimo griego).

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

INDICE

	Pág.
Prólogo	5
Introducción	
Moralidad de la ciencia	6
Necesidad de la ética médica	7
Principios éticos	8
Lo ético y lo legal	10
Antecedentes históricos de la responsabilidad en cirugía	12
Juramentos antiguos	14
Capítulo I	
Encuesta a los cirujanos	15
La relación humana entre el cirujano y el paciente	15
Comentarios emotivos de los pacientes quirúrgicos	16
Frecuencia de las demandas	16
Responsabilidad del cirujano	18
Características de la responsabilidad	19
Responsabilidad contractual y extracontractual	21
Obligaciones de medio y de resultado	21
Culpa y daño en cirugía	22
Malpraxis, negligencia, impericia, imprudencia, abandono..	23
Capítulo II	
Cirugía innecesaria	25
El secreto en cirugía	26
Divulgación médica	27
El consentimiento informado	28
Investigación con pacientes en cirugía	29
Pruebas aleatorias	32
Cirugía experimental con animales	33
Capítulo III	
Identidad y pertenencia	34
La muerte en cirugía	36
Límites de recursos ¿quién debe vivir?	39
Verdad y mentira	41
Pronóstico	42
Interconsulta	42
Honorarios	43
Conducta del cirujano en el quirófano	44
Capítulo IV	
Educación de la ética en cirugía	45
Comités de ética	45
Conclusiones	46
Bibliografía	50

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DEL CIRUJANO

*Dr. Florentino A. Sanguinetti * MAAC*

PROLOGO

El ejercicio de la cirugía implica en la actualidad un enfrentamiento con situaciones conflictivas en el campo ético-legal, cuya frecuencia y magnitud es superior a la de sus soluciones. La masificación de los actos médicos, el desarrollo técnico que ha neutralizado la relación humana con el paciente, los aspectos económicos, los límites de la muerte, y la aparición de muchos problemas inéditos, incrementan la angustia de los médicos, que buscan más que otros profesionales, las respuestas adecuadas en un mundo confuso e inseguro. La falta de legislación, o las leyes permisivas, han sido reemplazadas por una frondosa complejidad jurídica que lejos de ofrecer protección, aparece más bien como peligro por lo desconocido.

Los cirujanos necesitan definiciones claras, pero no siempre son posibles los recetarios ni existen catálogos de conductas. Muchos problemas son controvertidos, o permiten varias soluciones alternativas, o reconocen enfoques vinculados con creencias religiosas y criterios políticos. En cirugía lo ético y lo jurídico se superponen y complementan, pero la conciencia moral tiene un valor irremplazable, superior a toda reglamentación legal. Por eso en este relato se destaca con prioridad el tratamiento ético de cada problema, sin discriminarlo excesivamente del enfoque legal.

En todo el mundo occidental se advierte una necesidad de esclarecer la responsabilidad moral en medicina a través de los estudios bioéticos, y la Asociación Argentina de Cirugía ha reconocido tales inquietudes al elegir por mayoría el tema para este relato. Agradezco la honrosa distinción que significa mi designación como relator oficial,

jerarquizada por las características del tema. Sin duda no se debe a méritos personales, sino al deseo de conocer mis testimonios como integrante de la I^a Cátedra de Cirugía durante 30 años, y mis experiencias como Director General del Hospital de Clínicas, donde fundé el Comité de Etica, en cuyas actividades colaboré junto al Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni.

Dedico este trabajo a la memoria de mis maestros, los doctores Mario M. Brea y Andrés A. Santas.

Deseo agradecer a quienes generosamente me han ayudado, asesorado, e inspirado en la confección de estas páginas: a los 665 cirujanos argentinos que contestaron la encuesta enviada, a los doctores José Norberto Allende, Aldo Bracco, Rodolfo Fahrner, Rita Cristina Llaguno, José A. Mainetti, Alfredo Martínez Marull, Egon Mettler, Francisco R. Perino, a mis profesores durante 5 años de actividad en el Instituto de Cirugía de la Universidad de Munich, doctores Rudolf Zenker y Walter Brendel, a la Fundación Alexander von Humboldt de Alemania Federal, a mis pacientes y alumnos.

Este trabajo desea sugerir, preocupar, estimular. No hay en él soluciones mágicas ni respuestas absolutas. Lo que pretende es contribuir a este renacimiento de las inquietudes éticas y humanistas, para que los cirujanos se detengan en un saludable examen de conciencia, en una mirada interior que ayudará a recuperar el prestigio y la trascendencia celebrados en otros tiempos por el viejo Voltaire: "Los hombres que se dedican a devolver la salud a otros hombres por los únicos principios de humanidad y de hacer el bien, superan a todos los grandes de la tierra y participan de la divinidad".

* Docente Autorizado de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Jefe de Cirugía Experimental, Hospital de Clínicas "José de San Martín" y Jefe de Patología Mamaria, Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer, Buenos Aires.

INTRODUCCION

MORALIDAD DE LA CIENCIA

En los últimos decenios los progresos científicos han demostrado que también pueden provocar daños irreversibles y hasta la eliminación de la vida sobre el planeta. Ahora la ciencia no siempre resulta ética, y los altos costos que produce exigen un estudio sobre una aceptable relación entre el gasto y el beneficio. La ciencia es neutra desde el punto de vista moral, con ella puede hacerse el bien y el mal. La idea de que siempre es buena se ha desvanecido en la actualidad como consecuencia de los desastres que ha provocado y de los peligros que engendra. El científico está autorizado a interrumpir su investigación si considera que puede llegar a descubrimientos peligrosos para la vida o la dignidad.

“Ningún científico puede continuar eludiendo su responsabilidad por el uso que la sociedad hace de sus descubrimientos”, ha dicho Bertrand Russell¹⁵⁵. El conocimiento que la ciencia proporciona puede ser utilizado por otros miembros de la sociedad con objetivos despreciables o siniestros. Los científicos y los médicos tal vez no puedan impedirlo, pero deben asumir la responsabilidad de evitar el daño que deriva del mal uso de sus descubrimientos. Luis Santaló¹⁶⁷ afirma que “ya no es tan seguro que los avances de la ciencia sean siempre bien utilizados, y ésto debe preocupar a los científicos por el grado de responsabilidad que les pueda corresponder. El problema fundamental que tiene planteado el tercer milenio, es poner el desarrollo moral a la altura del desarrollo científico”.

Para lograr una responsabilidad ética en la medicina los filósofos solos no podrán hacer mucho si quedan librados a sus propios criterios. Los expertos en ética dependerán de la información que otorgue el científico, y éste tendrá que discutir los fenómenos con el filósofo si desea una evaluación ética de los hechos. Se necesita un diálogo permanente. Podrá consultarse también la opinión de científicos ya consagrados, o acudir a los dictados de la propia conciencia.

“La tarea del filósofo no puede ser el anuncio de verdades de salvación o la mediación de intenciones en las estructuras fundamentales de la realidad, a partir de las cuales pudieran obtenerse reglas de comportamiento para determinadas situaciones”¹³⁴. Un buen ejemplo es la vieja discusión entre cirujanos que trabajan con animales y las asociaciones protectoras de animales. Estas dicen que los científicos trabajan para mejorar su curriculum con curiosidad patológica. Los científicos responden que los protectores de animales están llevados por un odio irracional hacia la ciencia y un amor enfermizo por los animales que oculta y resentimiento hacia los hombres. La discusión no podrá esclarecer nada si los participantes no aceptan concepciones distintas a las propias, emitidas con sinceridad, y termina en el fracaso si se buscan argumentos psicológicos para replicar al adversario. Sin embargo es obvio que la cirugía experimental provoca ciertos interrogantes morales que deben discutirse discriminando lo racional de lo irracional.

“Los valores morales tienen que ser fundamentados en las necesidades, deseos e intereses de los individuos. Las normas morales tienen una función esencial para la convivencia de los hombres: impedir que ellos, o los diferentes grupos dentro de una sociedad, impongan sus propios intereses sin tener en cuenta los intereses de los demás, o inducir a que los intereses de los demás sean incorporados a las respectivas proyecciones de fines”¹³⁴.

Algunos principios básicos pueden orientar la actividad científica. El principio de equidad dice que se aceptan las reglas de comportamiento por quienes actúan de acuerdo a ellas, y también con respecto a otros que estuvieran en igual condición moral. La situación de excepción obliga a que se demuestren razones para comprender por qué algo será válido para alguien y no para los demás. El principio de solidaridad dice que, en las reglas de comportamiento, el individuo debe prescindir de la situación personal que ocupa y pensar en los demás. Por ejemplo, si goza de buena salud, debe disponerse a contribuir a los gastos colectivos en

favor de los enfermos o prestar ayuda a los necesitados.

Los sacrificios de la equidad y la solidaridad producen un beneficio a largo plazo, que no se alcanza si se promueve una moral utilitaria. Por lo tanto, en la ética son necesarios los ingredientes teleológicos, es decir orientados a los intereses de beneficio a largo plazo, y también los deontológicos, o sea el cumplimiento de normas morales válidas por sí mismas, sin ningún fin utilitario.

La conducta teleológica no siempre asegura reciprocidad o beneficio: por ejemplo, la ayuda a enfermos terminales o sin cura tiene un profundo valor moral a pesar de que no exista la posibilidad de recompensa, lo mismo que el tratamiento anónimo a los pobres o el ser compasivo con los animales. Son por lo tanto conductas morales o virtudes que el individuo adquiere en el ámbito social y que llegan a tener peso propio, y valor por sí mismas. Se distinguen así las "ideas morales" de las "normas morales". Las normas son indicaciones racionalmente fundadas y correctas. Los ideales no son adecuados para indicarlos en forma obligatoria, pero son superiores y despiertan admiración hacia quien los practica voluntariamente¹⁰⁹.

La ciencia es en cierto modo neutra en sus valores morales, porque los prejuicios o intereses extracientíficos no deben influir en lo que se reconoce como verdadero o en la investigación de fenómenos naturales. Pero al mismo tiempo no es neutra y está comprometida con valores morales, porque busca racionalmente objetivos superiores como la verdad, la originalidad y el bienestar del hombre. Si estos criterios se violan, la ciencia se prostituye, como ha ocurrido ya en varias ocasiones históricas. El científico por lo tanto dispone de libertad y neutralidad, pero con ello elige u omite lo que considera necesario, porque en definitiva busca resultados beneficiosos para la humanidad. Por otro lado, para él son válidos los principios éticos generales, y no puede considerarse una excepción dentro de la sociedad. Así en cirugía, por ejemplo, no debe obtener datos violando el secreto médico, o probar técnicas nuevas sin consentimiento de los pacientes, o provocar dolor en los animales de experimentación. Estos conceptos a veces presentan al científico enigmas de conducta, porque la ética de la naturaleza es el éxito: sobrevive lo mejor, lo más fuerte, y ésta no es una ética aceptable para la ciencia o para el médico⁷⁷.

En tal sentido, la cirugía experimental estaría justificada si se afirma que el hombre tiene un valor superior a los animales, y por ello se cree

autorizado a realizar experimentos en animales que no podría realizar en humanos. Pero esto plantea también la duda de si la vida de una persona no puede tener un valor superior a la vida de otra. Por ejemplo, si la vida de un gran artista o de una madre con muchos hijos pequeños vale más que la vida de un criminal. ¿Podrían realizarse experimentos con criminales para mejorar la salud o la vida de grandes artistas o de hombres útiles a la sociedad? Esto se ha hecho y hay muchos ejemplos históricos lamentables y siniestros, pero la vida humana es valiosa en sí misma y todo ser es digno de protección en igualdad.

Siempre interesan los fines morales de la investigación en medicina. Por ejemplo, investigar sobre efectos de gases tóxicos para la guerra, o de heridas por proyectiles, plantea un problema de conciencia, así como lo fue la investigación de la bomba atómica para la conciencia de los físicos. Tampoco es lícito que una persona por razones económicas se convierta en medio para los fines de otros, como ocurre con los dadores de riñón por dinero o las madres alquiladas para concebir un hijo destinado a otra. Ya hoy adquiere más importancia lo que se debe hacer, en relación a lo que se puede hacer.

NECESIDAD DE LA ÉTICA MÉDICA

La bioética o ética médica ha surgido como una necesidad en la medicina moderna, con el objeto de estudiar las relaciones entre la vida y los valores morales, entre los nuevos aportes científicos y su regulación ética. La ética médica tradicional estaba limitada a los códigos deontológicos y a las obligaciones básicas del comportamiento médico, pero ya no es válida ni suficiente para responder a los numerosos interrogantes que plantea el desarrollo tecnológico actual¹⁻¹⁰⁹⁻¹⁹⁵. Puede decirse que la bioética es hasta una moda en los últimos 5 años, y que una verdadera explosión bibliográfica ha llevado a la publicación de casi 40.000 trabajos de la especialidad, según registra el "Center for Bioethics" del "Kennedy Institute of Ethics" de Washington⁶¹⁻¹⁰⁴. En los hospitales del mundo occidental comienzan a funcionar los comités de ética que asesoran a los profesionales, controlan los proyectos de investigación y resguardan los fundamentos éticos de las prestaciones¹⁹²⁻²⁰³.

La bioética estudia la conducta humana en el área de la medicina a la luz de los principios y valores superiores. No se trata por lo tanto de una doctrina moral ni de una metodología filosófica, sino de la respuesta a urgentes necesidades que re-

flejan la crisis espiritual de la medicina contemporánea. La bioética general comprende los grandes temas vinculados con las decisiones de política sanitaria, higiene de la población, sistemas asistenciales. La bioética profesional se ocupa de la relación médico-paciente en los delicados temas de la veracidad, consentimiento, intimidad, honorarios, deberes de médico. La bioética especial analiza los problemas vinculados con los límites de la vida: eutanasia, esterilización, cambio de sexo, eugenesia, ingeniería genética, mutilaciones, prolongación de la vida, inseminación, fertilización extrauterina, aborto, experimentación con pacientes, trasplantes y quimeras biológicas, límites de las indicaciones quirúrgicas, etc.

Mainetti¹⁰⁴⁻¹¹¹ ha observado que existen varias formas de enfoque bioético de acuerdo a la importancia del acto médico, que podrá medirse en el agente, en el acto mismo o en el efecto producido. Así por ejemplo, la ética teleológica o consecuencialista define la bondad de una acción por sus resultados, y elige las conductas según lo que sea más conveniente para cada caso o cada situación. Este criterio utilitario ha sido considerado por muchos como negación de la propia moral médica. La ética deontológica define la bondad de la acción por la acción misma y su propio significado, sin tomar en cuenta los resultados, con un criterio puro dependiente de la conciencia del médico a pesar de que pueda ser incómoda o perjudicial para un caso determinado. Existe también una ética de la ley natural que pone el acento en el respeto a la naturaleza y para la cual son aceptables solamente los actos que protegen la esencia de la vida humana.

La gran difusión y el entusiasmo por la ética médica ha provocado también algunas reacciones de desencanto y escepticismo entre los propios médicos. Se argumenta que, lejos de ofrecer soluciones, ha traído nuevos problemas, creado confusiones, temores y exceso de acciones jurídicas, estimulando el desprestigio de la profesión. Cuando los filósofos han pretendido manejar unilateralmente los conceptos bioéticos, por reacción los médicos han defendido su autonomía, considerando que son los más capacitados para comprender y regular los criterios morales de su actividad.

PRINCIPIOS ÉTICOS

En los actos médicos se visualizan varios principios rectores que pueden ser independientes o vinculados entre sí. El principio de beneficencia tiene relación con la actividad profesional en el

sentido de hacer el bien ante todo y de no dañar. El principio de autonomía protege la individualidad del paciente y su propia determinación. Está relacionado con la veracidad, el consentimiento, la libertad de elección, la investigación clínica. El principio de justicia se refiere a la distribución equitativa de los beneficios, y aparece en la consideración de planes de salud, recursos y asistencia social. Algunos argumentos utilitarios que proclaman el mayor bien para la mayoría de los pacientes, no toman en cuenta a veces los criterios de justicia individual propios de la ética médica.

Se ha dicho que en el próximo siglo la ética médica será más importante que la técnica médica¹⁵⁷. La técnica no es un fin en sí mismo sino un medio para desarrollar adecuadamente una medicina con fundamentos hipocráticos, y esta tradición hipocrática es valiosa porque siempre ha procurado el bien del prójimo sin entrar en componendas vinculadas a corrientes políticas o interpretaciones sociales⁵⁻¹⁶⁴. El problema reside en los límites de la técnica, porque hoy en medicina podemos hacer todo o casi todo, pero no siempre sabemos si debemos hacerlo. La técnica es lo realizable, la ética lo aconsejable. Solamente es apto lo que ofrece la tecnología con bases morales. Porque la tecnología sufre también el influjo de factores económicos, existe una politización de la medicina y una ingerencia cada vez mayor de la ley en la práctica médica. Por ejemplo, en algunos países el estado puede obligar a los médicos a realizar abortos, o prohibirles la fertilización in vitro¹⁵⁹. Una máquina puede ser manejada por el técnico con mayor pericia, pero el médico debe mantener la conducción y el control ético sobre las contingencias técnicas. Por eso el cirujano sigue siendo el gran responsable por encima de todo el equipo que dirige y de los procedimientos técnicos o administrativos a cuyo control no puede renunciar¹⁸¹.

A veces el médico desplaza su responsabilidad hacia el paciente para que éste tome las decisiones. Esto se observa con frecuencia en cirugía plástica o geriátrica, y también en los nuevos procedimientos quirúrgicos optativos en oncología. Pero el médico debe fijar los límites de esa participación del paciente y asumir el rol de consejero y conductor del tratamiento. Debe llevar el liderazgo moral a pesar de la división de tareas que se observa hoy en la práctica. En Estados Unidos se otorga gran importancia a esta autonomía del paciente, quien participa con máxima autoridad en las decisiones sobre su tratamiento. Pero el cirujano no es un peluquero que corta el cabello según pedido, y corresponde que informe con lenguaje ade-

cuado y que proponga con argumentos claros la operación a practicar, conciliando lo más efectivo con lo más aceptable para cada paciente. Los protocolos éticos no deben dirigir ni sugerir, deben crear inquietudes y formular preguntas. Por ejemplo, en un tratamiento antineoplásico evaluar el costo-beneficio, pero no en sentido económico, sino el costo en dolor y sufrimiento frente al bienestar potencial o a la curación final¹⁹⁹.

El cumplimiento de los principios generales de la bioética es requerido en un 100% por los filósofos, pero los pacientes presentan al médico situaciones individuales y excepcionales que revelan la diferencia entre la ética pura y la ética aplicada. Por eso es importante la tabla de valores de cada paciente, es decir su perfil axiológico o axiograma agregado junto a su historia clínica como un formulario de los valores emocionales, culturales, confessionales, que el paciente tiene como ser humano. El axiograma del paciente es tan valioso como su hemograma. Este formulario puede pasar de servicio en servicio dentro del hospital, para ayudar así a lograr una unidad de criterios entre los diversos especialistas que actúan en el caso. Este sistema se practica en un grupo de hospitales llamados Paracelso, de los cuales hay 30 en Alemania Federal y 20 en Estados Unidos, asesorados por el Centro de Ética Médica de la Universidad de Bochum¹⁵⁷. El objetivo es ofrecer una buena medicina de alta complejidad unida a un manejo ético que responda al perfil axiológico valorativo de cada paciente.

Para la identificación de los hallazgos axiológicos se confecciona una guía donde se inscriben los datos recogidos sobre los siguientes principios:

1) Salud y bienestar del paciente: ¿Qué daño puede acarrear cada una de las modalidades terapéuticas alternativas?

2) Autonomía del paciente: ¿Qué actitud tiene el enfermo frente a los métodos de tratamiento? ¿Qué sistema de valores tiene? ¿Está suficientemente informado? ¿Hasta qué punto puede ser tenido en cuenta en las decisiones, o hasta qué punto puede ser él completamente dejado de lado?

3) Responsabilidad médica: ¿Existen conflictos entre los juicios éticos del médico, del paciente, del equipo asistencial, o de la familia? ¿Puede tal conflicto suavizarse mediante alguna opción terapéutica? ¿Cómo se asegurará la relación de confianza, la veracidad y el secreto médico?

Por otra parte el médico debe tener una idea de lo que es el hombre, una imagen del hombre que podrá ser religiosa, evolucionista, de reencar-

nación, orientalista, teológica, etc., pero una imagen. Esa imagen podrá compararse con la de su paciente, para lograr tolerancia y evitar conductas disociadas o enfrentamientos. Porque es necesario establecer claramente la diferencia: la meta del científico es el triunfo de sus investigaciones, llegar a ser premio Nobel, y la meta del médico es el hombre. La ciencia pura a veces se muestra indiferente ante los valores humanos y estudia al cuerpo como una cosa. Por eso no es a la máquina a quien hay que temer sino a los médicos que las manejan.

“La cirugía está llamada a ser una disciplina del conocimiento del hombre”, decía René Leriche⁸⁷, “tiene aún muchas cosas que enseñarnos, planteándose como objetivo el problema del hombre, meta suprema de investigación”. Por lo tanto el cirujano debe cumplir un acto terapéutico técnico y al mismo tiempo humano, de acuerdo a la vieja definición latina de que es un “hombre bueno, versado en el arte de curar (vir bonus medendi peritus)”⁴. En las escuelas médicas de Estados Unidos se están incorporando disciplinas psicológicas, filosóficas, antropológicas y sociales, con el nombre de “Medical Humanities”, para recuperar los valores humanos del médico en su vínculo terapéutico con el paciente, y neutralizar la pura concepción científico-naturalista de la enfermedad, que tanto daño ha provocado en la relación con los pacientes.

Baliña¹⁶ se pregunta: “¿interesa al médico más la enfermedad que el enfermo? ¿Se da prioridad a las informaciones científicas y técnicas o a las actitudes humanísticas y éticas? ¿Conocemos más el área física y somática de nuestro paciente o el área psicológica-espiritual del ser humano que atendemos?”

El filósofo Von Weizsäcker²⁰¹ afirma que “el uso de la técnica exige la capacidad de renunciar a cosas técnicamente posibles en caso de que éstas no sirvan al fin perseguido. Exige dominio de sí mismo. La técnica, en cuanto a factor de la cultura, no es posible sin la capacidad de ascetismo técnico”.

El cirujano Zenker²¹⁴ también opina que “mientras la técnica en medicina realiza nuevos adelantos y mientras los hombres se dejan impresionar tanto por los aparatos, los enfermos esperan y desean la confianza del médico. Ninguna organización debe quitar o atenuar este derecho a los pacientes. En nuestros días los pacientes se quejan del poco tiempo que el médico les dedica. Por eso los médicos deberían utilizar la técnica y la organización para ganar más tiempo dedicado

a sus enfermos. La técnica no debe dominar al médico; el médico debe dominar a la técnica".

Actualmente en nuestro medio los cirujanos se han preocupado de la formación de especialistas, de la integración en equipos de trabajo, de conquistas gremiales y organizaciones societarias regionales, de reuniones científicas y congresos periódicos, de publicaciones y textos para estudio. Pero los aspectos éticos no han superado la formación de tribunales poco eficaces, o de códigos de honor cuyo cumplimiento es muy relativo. La ética ha quedado limitada al autocontrol, a la auto-crítica, y los múltiples problemas que presenta la cirugía están así librados a criterios personales antojadizos, a decisiones que muchas veces dependen de prejuicios o de interpretaciones erróneas¹⁶⁴⁻¹⁸¹. Este fenómeno ha provocado parte del desprestigio de los cirujanos, la desconfianza de los pacientes, y el aumento de conflictos por divergencias ideológicas.

"Tras medio siglo", dice Zavaleta²¹², "haciendo balance de lo visto y oído, compruebo un déficit: los médicos y la medicina han transitado hacia niveles menores de prestigio". Las tentaciones fari-seas, la pérdida de la moral profesional, las críticas hacia otros colegas, provocan desconfianza en los pacientes, que muchas veces pierden tiempo en consultas diversas y deambulan hasta lograr una orientación adecuada. Es indispensable la cautela en el tratamiento quirúrgico, no debe agregarse dolor o enfermedad a lo ya existente, no deben indicarse estudios innecesarios y molestos, operaciones que no ofrecen un beneficio verdadero o que solamente gratifican la curiosidad del cirujano. Un rigor ético se impone hoy en la cirugía.

LO ÉTICO Y LO LEGAL

La profesión del médico es por naturaleza libre, y las normas legales han adoptado principios de la ética médica, dejando un amplio margen de libertad al médico y su conciencia ética. Lo que la ética exige al médico y lo que su conciencia le dicta, ha sido adoptado al mismo tiempo por el derecho. "En el ámbito profesional médico convergen lo ético con lo jurídico mucho más que en cualquier otro modo de convivencia social entre los hombres. Los dictados de la conciencia pueden tener aquí un alcance mayor que los del derecho"⁸⁶. El médico encuentra en códigos y leyes los reglamentos que los jueces hacen cumplir, pero en su propia conciencia está el profundo sentido de la justicia verdadera. Son dos jurisdicciones distintas que se superponen con mecanismos seme-

jantes, concilian entre sí, pero las normas éticas son las esenciales y sirven de fundamento a las normas jurídicas¹⁴⁷.

Las ciencias se ocupan de lo que ocurre, de lo que es, de lo que se puede saber o predecir. La ética habla de lo que debe ser, y por lo tanto es una disciplina deliberativa, ya que necesita una permanente consulta interrogante en uno mismo y hacia los demás, sobre los fundamentos de los actos. No se ocupa como el derecho de dictar normas, sino más bien de un desarrollo de la propia conciencia en el análisis de los problemas reales. Estos problemas se encuentran en la vida misma de la medicina, no están inventados como ejercicio intelectual ni filosófico, son reales y existieron antes de toda ética o de toda ley¹⁴⁶.

En situaciones decisivas con frecuencia el médico se halla en gran soledad, únicamente acompañado por su conciencia. El cirujano definirá situaciones por sí sólo, y aprobará como razonables únicamente las operaciones que considere compatibles con la honestidad de su conciencia. Lo legal muchas veces le resultará insuficiente.

En Alemania un fallo del tribunal contencioso administrativo favoreció a un anestesista que se había negado a entregar los protocolos de anestesia de un paciente, pedidos por el hospital para hacer la liquidación de gastos. El anestesista se amparaba en su deseo de no violar el secreto profesional guardando los protocolos. El médico funcionario también está obligado a guardar el secreto, y en el derecho alemán el anestesista tenía razón, porque la obligación de conciencia está por encima de la ley pública.

Frente a cada situación el médico pregunta: ¿qué se debe hacer? y también ¿qué hay que dejar de hacer? Esto último aparece como primordial luego de las nefastas intervenciones del hombre en el manipuleo de la naturaleza, el medio ambiente, los secretos de la biología, y el poder técnico cada vez más catastrófico.

Ya Montaigne⁹⁵ desconfió de los médicos y pensó que a menudo los tratamientos eran más nocivos que la misma enfermedad. Con su delicada ironía, aconsejaba recurrir a los médicos cuando la enfermedad declinara, a fin de resistir mejor a los tratamientos. "Si vosotros consultáis a los médicos, el mal ataca de un costado y el remedio del otro", decía. "Yo odio los remedios que inoportunan más que la enfermedad".

Los estados totalitarios dictan normas sobre el derecho y sobre la moral médica, y pretenden una coincidencia entre ambos. Son leyes rígidas que

todo lo reglamentan y a menudo no consideran el libre albedrío del médico, que puede solucionar los conflictos con acciones reguladas por la propia conciencia.

¿A quién atenderá el médico entre varios pacientes de urgencia que requieren en forma simultánea algún aparato o medicamento disponible para uno sólo? ¿A quién operará primero en una catástrofe, cuando llegan numerosos traumatizados graves y el cirujano está solo, eligiendo a uno para salvarlo mientras los demás mueren? Aquí se ven justamente los límites del derecho, porque el derecho exige solamente al médico ayudar y curar al mayor número de personas, y en estas situaciones conflictivas no puede dar normas ni reglamentar los actos. Debe reconocer la elección de conciencia. Esto significa que el derecho debe dar validez legal a la decisión ética adoptada por el médico en cada caso. Aquí reside la grandeza y la importancia de la responsabilidad ética del médico, que puede llegar a superar el valor de la ley.

La moderna medicina y la complejidad jurídica ponen a menudo en dificultades a la moral del médico. Por ejemplo en países donde se ha legalizado el aborto la misma ley presenta contradicciones. En Alemania dice el Estatuto: "El médico está obligado por principio a respetar la vida embrionaria". Y también dice: "La interrupción del embarazo está reglamentada por las disposiciones legales"⁸⁶. La misma dificultad se presenta a veces en relación al secreto profesional, cuando la exigencia de compañías de seguros y de otras instituciones para conocer datos, y hasta de hacer constar el diagnóstico en los recibos de consulta, pone a prueba la conciencia del médico en cuanto a la obligatoriedad de su discreción.

"La limitación de lo técnicamente posible a lo que es adecuado para el hombre, exige reflexión en conciencia, y el control de la actividad médica únicamente puede ser ejercido en último término por el gremio mismo. El autocontrol es más efectivo que el legal. Tal control presupone exigencias éticas y una conciencia siempre despierta"⁸⁶.

Gregorio Marañón¹¹³ coincidía con estos criterios: "La conducta profesional, que es conducta moral y casuística, no tiene por qué someterse a ley ni reglamento, ni código. Es privativa del alma. La conducta la inspira cada caso y la resuelve, si el profesional es digno de serlo, su propia conciencia, y nada más".

Por otra parte la medicina y el derecho se asemejan porque no son ciencias exactas, y es erróneo acudir a ellas en busca de una precisión que re-

suelva todos los casos. La realidad es cambiante y una norma no puede caer útilmente en todos los conceptos. Cualquier norma que se refiere a conductas, como un código ético, usa el lenguaje, que tampoco es exacto. Quedan muchas veces sin solución los casos grises, imprecisos, frente a las situaciones típicas, ideales, que son excepcionales. Es necesaria mucha humildad, porque nuestra verdad puede no serlo para todos, o para nosotros mismos cuando transcurre el tiempo. Las certezas no siempre son posibles.

Por eso la ética en medicina debe ser voluntaria, producto de una educación de la conciencia más que de un temor a los códigos. Ha dicho Carmi⁴³: "para reformar la ética médica es más importante dar una educación adecuada que establecer y promulgar un código oficial de conducta. La ética debe ser voluntaria. Obligar a otras personas a hacer regalos no es propio de la ética". Como consecuencia de estas inquietudes es verdad que los médicos se han ocupado de la ética más que otros profesionales.

En cirugía muchas veces lo moral y lo legal pueden enfrentarse. Algunos ejemplos recuerdan esa divergencia: la prolongación de una vida vegetativa en un paciente terminal, la conservación del secreto médico, la información distorsionada como mentira piadosa, la eutanasia, el aborto. En estos problemas lo moral supera a lo legal y los argumentos o justificaciones jurídicos pueden ser neutralizados por criterios éticos de conciencia. Por ejemplo, los argumentos de explosión demográfica o de calidad de vida para justificar el aborto, son neutralizados por el de conservación de la vida, que es un criterio ético superior a los otros. En el aborto el hijo es víctima, pero también la madre que deja de serlo y el médico, que está obligado a defender la vida¹²⁵.

"Si la diferencia específica entre la moral y el derecho ha de fincar en el carácter externo de éste, parece claro que la normatividad se torna jurídica cuando, por decirlo así, aquella aprende a andar por el mundo. La norma moral es antecedente de la norma jurídica y sirve a fundamentarla, y muchas veces a completarla e interpretarla. No hay dos compartimientos estancos, uno para la moral y otro para el derecho. Su relación es de vasos comunicantes. De una moral corrupta nacen malas leyes y a su vez las malas leyes son fuente de corrupción moral"¹¹⁸.

A veces existe también una confrontación entre las leyes civiles y las normas éticas provocada por el llamado "conformismo sociológico" o "conformismo ambiental", que consiste en cierta influen-

cia permisiva en el comportamiento moral, producida por modelos de conducta aceptados y sobrevalorados en la sociedad. La libertad permisiva conduce entonces a leyes que no tienen un sustento ético pero que buscan acomodarse a nuevas necesidades o hábitos inmorales consagrados por el uso. Dice Fuenmayor⁶⁵ que "no siempre coinciden lo lícito civil y lo lícito moral. No es correcto pensar que lo que las leyes civiles permiten o no castigan es también siempre lícito según la ley moral". Y recuerda la sentencia del escritor Solzjenitsin: "una sociedad sin normas legales es algo terrible, pero una sociedad sin otro parámetro que el legal tampoco es digna del hombre". Es así que la generalización de hábitos inmorales va dominando a veces la resistencia o el sentido crítico del médico, hasta lograr la aceptación mayoritaria o por fin la legalidad jurídica. Es lo que ha ocurrido con la participación de honorarios, la publicidad inescrupulosa, la legalización del aborto en muchos países, las comisiones o coimas.

También los códigos de ética han sido elaborados y modificados a lo largo de la historia de acuerdo a criterios circunstanciales, a ideas religiosas y necesidades sociales. Por encima de ellos lo único inalterable es la conciencia, en cuya condición se basa la deontología médica. Las aptitudes técnicas y el éxito profesional basados en la habilidad y en el saber, no logran por sí solos la felicidad del médico sin una conciencia limpia¹⁰⁸. Pero los problemas de la bioética son complejos, y muchos de ellos permiten soluciones diferentes y planteos antagónicos. Es una disciplina donde no caben los recetarios y donde existe una inseguridad permanente. Francisco Abel¹⁸⁸ ha enumerado como ejemplo una amplia serie de argumentos antagónicos referidos a interrogantes éticos, como: restricción o libertad en la experimentación, intervención total o limitada del médico, valoración o no de normas jurídicas universales, confianza o desconfianza en los nuevos descubrimientos bioéticos, neutralidad o no neutralidad del científico, etc.

La ideología personal o la religión de cada médico imprime con frecuencia criterios individuales en las decisiones. En una encuesta practicada a cirujanos pediátricos norteamericanos sobre decisiones éticas en cirugía, las respuestas difieren notablemente, hasta en el 76%, entre los cirujanos católicos, judíos y protestantes¹⁷⁶. Se advierten allí amplias divergencias en los criterios frente a problemas vinculados con cirugía en recién nacidos malformados, con defectos genéticos, y en cuanto a la llamada "calidad de vida".

El conflicto ético pertenece a la vida íntima del cirujano. No se trata de inyectar humanidad en la cirugía como un órgano trasplantado, se trata de preparar al receptor para que pueda recibir al órgano huésped y mantenerlo con permanente vitalidad¹³³.

Un experto en ética que fue incorporado a las revistas de sala y reuniones de cirujanos en la Universidad de Louisville (Estados Unidos), después de 6 años de trabajo en equipo, destacó la inmensa magnitud y frecuencia de decisiones éticas que enfrentan los cirujanos, y admitió su propia dificultad para resolver muchos conflictos¹⁴⁴. Este trabajo del filósofo dentro del equipo quirúrgico ha sido definido como "alianza terapéutica ideal", y es recomendable en todo grupo humano que se dedica a la práctica quirúrgica. Su presencia determina también una limitación a los intentos de los economistas, que sólo ven en la cirugía un problema de abaratamiento de costos. En una época de explosión técnica, donde las variables se multiplican, y donde existe una diversidad de criterios morales y religiosos, el experto en ética aparece como mediador en este pluralismo confuso de la práctica quirúrgica.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA RESPONSABILIDAD EN CIRUGÍA

La idea de la responsabilidad del cirujano está implícita en numerosos antecedentes históricos. El código babilónico de Hammurabi es el conjunto de leyes más antiguas que se conoce: allí no se habla de los médicos sino exclusivamente de los cirujanos, cuya actividad aparece regulada con honorarios, y también castigada cuando se cometen errores. Este código establecía la pena de cortar las manos al cirujano que provocaba una herida grave en un hombre notable o que producía ceguera luego de operar una catarata. En caso de daño menor se debía compensación pecuniaria al enfermo²⁰.

En el antiguo Egipto el libro de Hermes-Toth de reglas profesionales, condenaba a muerte a los médicos que provocaban daño por apartarse de las normas allí escritas. El código de Manú en la antigua India también establecía castigos para los tratamientos incorrectos, y prohibía a los médicos prestar asistencia a criminales. Los honorarios se pagaban de acuerdo a la situación económica del enfermo; los brahmanes y los pobres eran tratados gratuitamente.

Los cirujanos aztecas abandonaban a sus pacientes cuando los augurios mágicos determinaban

días adversos en el calendario. Practicaban la eutanasia y ejercían una severa autoridad social¹³⁸. En general los códigos médicos de la antigüedad describen las enfermedades como situaciones mágicas y posesiones demoníacas, de tal modo que en los exorcismos y sacrificios practicados por los médicos no existía una verdadera relación con el enfermo, y por lo tanto no había ética.

Platón considera al enfermo solamente como miembro de la república, y se interesa en su significado como ciudadano. Atribuye a la enfermedad únicamente valores negativos, y en su idea del estado no existe la responsabilidad social de cuidar a los enfermos, que deberían desaparecer o morir¹⁴⁷.

Bien diferente es el criterio de Hipócrates, contemporáneo de Platón, que traza los principios éticos vigentes hasta hoy, y establece en forma específica las obligaciones del médico, la protección sin distinciones que merece el paciente, el respeto a los maestros y colegas, el secreto, la moderación de los honorarios, el rechazo a la eutanasia. La medicina hipocrática despeja los criterios mágicos y rituales para fundar una deontología donde el acto médico aparece como expresión de amor al prójimo y de servicio humanitario. El "Corpus Hippocraticum" dedica diversos tratados a la conducta del médico, a su aspecto y su carácter: "Del comportamiento del médico", "Del hábito docente", "De las leyes", "Del arte", y el célebre "Juramento", revelan la inquietud por una medicina fundada en criterios de amor y generosidad, que mantiene su vigencia luego de 25 siglos.

En la medicina griega la ética estuvo vinculada con el respeto a la naturaleza, cuyos principios no debían ser alterados. El médico hipocrático basaba el arte de la medicina en el conocimiento de la naturaleza y en su propia reflexión, es decir, en el "conócete a tí mismo" enunciado por el oráculo de Delfos. Así para Hipócrates el médico debe ser también filósofo, y por lo tanto considerado semejante a los dioses, idealizando su proyección en la imagen de Apolo, dios de la salud y padre de Esculapio, dios de la medicina¹⁷⁰. Algunos opinan que el paradigma de la acción médica se dio con la escuela de Hipócrates, ya que se trataba de un saber metódico y filosófico que llevó a la medicina a convertirse en un componente muy jerarquizado de la cultura general.

Muchos siglos más tarde, Isidoro de Sevilla retomó esta idea de la medicina como suma de todas las artes y verdadera perfección del conocimiento. Para él "la medicina puede ser llamada una segunda filosofía. Filosofía y medicina abarcan al

hombre de un modo pleno y total, pues mientras que la primera se preocupa por su alma, la otra se ocupa del cuerpo"¹⁷⁰.

La ley Aquilia en Roma protegía a los pacientes de la negligencia o imprudencia de ciertos cirujanos²⁰ con normas básicas sobre el concepto de responsabilidad.

En la alta Edad Media la cirugía se basaba en conocimientos rudimentarios y a fines del siglo XI era ejercida por barberos y sangradores ambulantes, que actuaban fuera de todo control legal o profesional. En 1140 el rey normando Roger tuvo la inquietud de controlar la responsabilidad médica, y decretó que "quien desee ejercer la medicina deberá presentarse ante nuestros oficiales y examinadores para someterse a su juicio... De esta manera velamos porque nuestros súbditos no se vean expuestos a la inexperiencia de los médicos"¹⁵⁰.

El cristianismo dio a los fenómenos médicos un sentido teológico, interpretándolos como designios de Dios dentro de su creación integral de la naturaleza universal. Por lo tanto el médico no tenía aquí atribuciones para alterar el orden natural dispuesto por obra divina. Los hospitales medioevales solamente ayudaban a morir con resignación cristiana a los internados, sin aplicar medidas asistenciales ni tratamientos. El acto fundamental no era la técnica terapéutica sino la "misericordia", es decir la solidaridad que el médico comparte con el que sufre. La ética del médico residía en el acto de caridad más que en la posibilidad de curar².

Saliceto de Bolonia en el siglo XIII otorgó jerarquía a los cirujanos, que hasta entonces eran considerados como practicones subalternos. Las corporaciones médicas de Bolonia iniciaron la supervisión de las prácticas quirúrgicas, y así en Italia la figura del cirujano alcanzó prestigio por primera vez¹³⁸. A partir de las ideas renovadoras del Renacimiento la medicina incorporó el concepto ético de luchar por la vida en contra del destino natural, y una moral racional reemplazó al viejo fundamento mesiánico del Medioevo.

Numerosas alusiones a los errores e inexperiencia de los cirujanos, a menudo plenas de humor, existen en documentos artísticos y literarios, por ejemplo en las obras de Cervantes, Shakespeare, y especialmente en Molière.

Las asociaciones médicas en Europa y en Estados Unidos se preocuparon ya en el siglo pasado de elaborar códigos de ética para controlar la conducta profesional entre médicos y enfermos. A principios del siglo XIX el código americano refe-

ría "el deber de los médicos de velar constantemente por el bienestar de la comunidad"¹⁵⁰.

Pero durante todo el siglo XIX dominó el criterio de una responsabilidad solamente moral, que logró para los médicos una verdadera situación de inmunidad jurídica. La doctrina francesa consideró entonces que en la medicina todo es opinable y relativo, imposible de ser juzgado, y que solamente podía tomarse como culpa médica aquella grave, producida por un error elemental, por la negligencia o delito que cualquier persona puede cometer¹²⁴.

En los tiempos modernos en cambio, todo se ha centrado en el vínculo del médico con el paciente, y una ética filantrópica ha ubicado al médico en una situación algo omnipotente y paternalista que le permite actuar con decisión propia, con generosidad o entusiasmo, ante el enfermo sometido pasivamente a sus indicaciones. Para regular este poder médico aparecen los primeros códigos de ética del siglo XX, y luego las normas deontológicas generales que fijan los criterios de comportamiento. Lo que fue simple para el médico de otros tiempos: respeto a la naturaleza, obediencia ante el destino trazado por Dios, se complica con el desarrollo de un arte y una técnica que crean nuevos fenómenos naturales, compiten con la biología, y enfrentan una masificación de los pacientes, cada vez más despersonalizados en su atención.

Toda esta nueva realidad, sumada a la presión de las leyes que regulan los deberes del médico, a la acción de algunos estados que anteponen el bien nacional al bien individual, al enfrentamiento con situaciones clínicas inéditas de difícil opción, han despertado un renacimiento de la ética como punto de apoyo necesario en una época de confusión e incertidumbre³.

El informe Flexner de 1910 sobre el estado de la educación médica, provocó en Estados Unidos una autocrítica que condujo a mejorar la enseñanza y a la eliminación de escuelas mediocres, implantando un sistema de calificación. La educación médica se hizo más técnica y se perdió mucho en la formación social y humanitaria del profesional. El número de médicos disminuyó, y aumentó al 85% la cantidad de especialistas en detrimento de generalistas y de la atención primaria⁶⁴. Como consecuencia aumentó notablemente el número de cirujanos y de operaciones, muchas de ellas sin duda innecesarias, lo cual derivó en una avalancha de querellas y juicios sin precedentes en la historia. Desde 1968 en Estados Unidos se ha tratado de revertir esta situación crítica con la creación de la especialidad en medicina familiar,

y con el estímulo para un mayor interés por los aspectos éticos, humanos y sociales de la profesión. Se ha propuesto también incluir algunos conceptos de orientación social en los códigos de ética; por ejemplo: "Consciente de que el costo de la atención de la salud corre a cargo de la población, no haré nada que constituya un derroche o que no esté justificado"¹⁵⁰. Aparece aquí el compromiso ético de realizar actos médicos solamente indispensables y de evitar lo que no es necesario para el paciente, teniendo en cuenta no sólo la molestia o sufrimiento, sino el costo elevado de las prestaciones.

JURAMENTOS ANTIGUOS

Desde tiempos remotos los juramentos destacan la relación entre el médico, el maestro, el paciente y la sociedad. El hipocrático se compone de una primera parte referida a la relación del maestro con el discípulo, y de una segunda parte que vincula al médico con el enfermo. Sobre el secreto médico dice: "Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas"¹⁴².

El juramento hindú de Caraka, del siglo I dC., ofrece idénticas características, y resume conductas éticas que tienen vigencia actual: "No abandonarás o injuriarás a tu paciente por causa de tu vida o tu subsistencia", "Hablarás sólo la verdad", "Te conducirás y actuarás sin arrogancia".

La plegaria de Maimónides destaca la bondad y la afectividad en un servicio que no reconoce diferencias electivas ni juicios de valor sobre el paciente, cualquiera sea su condición: "Sostén la pureza de mi corazón para que esté siempre dispuesto a servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado". "No permitas que la sed de lucro y la ansiedad de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión". En relación a la omnipotencia dice: "Aleja de mí la pretensión de saber y de poderlo todo"¹³⁸.

En la actualidad se utiliza en muchos países el llamado Juramento de Ginebra, adoptado en 1948 en la Asociación Médica Mundial, muy semejante al hipocrático pero despojado de algunos elementos afectivos en la relación médico-paciente. El Juramento Soviético de 1971 carece también de matices afectivos vinculados al paciente, y no hace referencia a la relación maestro-discípulo. En cambio exige un compromiso con la sociedad.

CAPITULO I

ENCUESTA A LOS CIRUJANOS

Para conocer la opinión de los cirujanos argentinos sobre algunos problemas éticos, se envió una encuesta con 14 preguntas a 1.400 cirujanos de todo el país, sin distinción de edad, sexo o religión, para ser contestada en forma anónima. Se recibieron 665 respuestas, es decir el 47,5% del total enviado. Este resultado revela un alto espíritu de colaboración, y un compromiso frente a los problemas nada sencillos planteados en las preguntas de la encuesta.

El objetivo de la pregunta N° 1 fue obtener un indicio sobre la identidad y el perfil ideológico de los cirujanos a través de su admiración electiva entre 8 personalidades argentinas y extranjeras que representan diversos arquetipos.

Pregunta N° 1

¿Por cuál de estas personalidades argentinas y extranjeras siente más admiración? (Marcar una sola en cada columna)

	%		%
Mitre	13,6	Freud	26,4
Ingenieros	30,9	Napoleón	19,3
Borges	14,2	Churchill	36,9
Belgrano	41,3	Picasso	17,4

El mayor porcentaje corresponde a Belgrano y Churchill, hombres de acción, vinculados a gestas militares, pero también patriotas civiles defensores de la cultura y de las letras. En segundo lugar la preferencia es por Ingenieros y Freud, pensadores y verdaderos intelectuales puros. Los creadores originales en el arte de nuestro tiempo, como Borges y Picasso, lograron menores adhesiones. Estas preferencias pueden sugerir algunos rasgos de cultura y personalidad que determinan la visión del mundo propia de los cirujanos, y que se reflejan sin duda en el matiz personal de sus decisiones.

LA RELACIÓN HUMANA ENTRE EL CIRUJANO Y EL PACIENTE

Mientras en pueblos antiguos o primitivos el enfermo estableció relación con los dioses, los de-

monios o los sacerdotes, existió un vínculo heterogéneo extraño a toda posibilidad ética. Cuando nace la relación del enfermo con el médico, como vínculo de persona a persona, aparece la ética en la medicina.

"El especialismo, el tecnicismo y el colectivismo, son en alguna medida responsables de que el papel del médico haya declinado su tradicional sabiduría, arte y virtud, y se formule la pregunta de si la medicina como actividad es hoy ciencia, arte y moral, o acaso más bien industria, comercio y política" ha dicho Mainetti¹⁰⁵. Existe una evidente crisis humana en la medicina actual que por un lado ha llegado a formular proezas técnicas y al mismo tiempo ha despersonalizado el trato al paciente, apartándose de la beneficiosa y tradicional relación personal, tan importante para lograr un mecanismo terapéutico.

Debe introducirse el "sujeto" en la ideología y el pensamiento del médico. El enfermo ya no es "un objeto o caso" sino un "sujeto", con una integridad afectiva, un contorno socioeconómico, una situación psicológica, que otorgan matices totalmente individuales a su enfermedad. "El médico actual ve, siente, aprende y practica su medicina a través de unos medios tecnificados que ya no puede evitar, y de los cuales tampoco puede prescindir. El peligro surge cuando el criterio técnico trata de identificarse con la propia esencia del acto médico"¹¹⁷. Para relacionarse con este modelo de hombre enfermo el médico debe integrar 3 condiciones imprescindibles: erudición, cultura y ética. Si el enfermo es sólo considerado como caso para estudio científico, se convierte en objeto de las ciencias naturales, y el médico en un veterinario que observa los procesos biológicos fuera de todo humanismo integrador.

Ha dicho Loudet⁹⁶: "cuando el médico dice mi enfermo, quiere decir que sólo él lo posee, lo conoce, lo quiere. Es suyo porque él lo ha estudiado, penetrado y conquistado. Cuando el enfermo dice mi médico, anuncia un acto de fe, y sobre esa fe funda su consuelo y su curación posible. Mi médico quiere decir sobre todas las cosas, que sólo ese médico ha descubierto su verdad dolorosa, la

más íntima y conmovedora de todas las verdades. El día en que el Estado se apodere de todos los médicos y de todos los enfermos, el médico será el de guardia y el enfermo un número descolorido”.

Una adecuada entrevista médico-paciente permite un conocimiento integral del enfermo, más amplio que el de sus problemas orgánicos. Algunos factores significativos como condiciones culturales, medio social, relaciones familiares, preocupaciones económicas, deben indagarse con discreción para obtener una imagen integral que permitirá un vínculo humano excelente y terapéutico, que fortalece el respeto del enfermo hacia el médico, y la autoridad del médico en esta relación asimétrica.

En inglés “dis-ease” (enfermedad) significa “de-sazón”, no encontrarse bien a gusto, y esto es generalmente por efectos emocionales y no por razones orgánicas⁷¹.

Varios son los factores que han llevado a una situación de inquietud e inseguridad en la labor quirúrgica. En la encuesta los cirujanos contestan al respecto:

Pregunta N° 2

¿Cuál es para usted la causa más importante en el aumento de los juicios a los cirujanos?

	%
Mayor exigencia y menor resignación de los pacientes	12,9
Deterioro de la relación médico-paciente	52,3
Abogados inescrupulosos que buscan juicios	23,3
Incremento de fallas éticas de los cirujanos	11,5

Sin duda, la buena relación con el paciente y sus familiares a través de un acto médico personalizado, evita conflictos y logra tolerancia frente a errores o fracasos. Los abogados que buscan juicios tienen menor responsabilidad en estos conflictos.

Ha dicho Baliña¹⁶ que “para lograr el acto médico debe existir confianza por parte del paciente y conciencia por parte del médico”. Al establecerse la relación afectiva, el médico y el paciente contraen un pacto terapéutico tácito que permitirá luchar en forma integrada y ordenada contra la enfermedad.

Los factores emocionales dominan esa relación porque los pacientes necesitan un vínculo afectivo, un apoyo humanitario en su enfermedad, más aún que la eficiencia técnica sofisticada.

COMENTARIOS EMOTIVOS DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

En 1974 realizamos, con la ayuda de estudiantes, durante un lapso de 8 meses, un estudio inédito sobre 100 pacientes (50 de cada sexo) internados en la 1ª Cátedra de Cirugía. Se obtuvieron datos elocuentes sobre la relación humana, la comunicación y la afectividad de los enfermos sometidos a cirugía (cuadro 1).

Puede decirse sobre estos datos que aproximadamente el 30% de los pacientes sufre malestar emocional durante la internación, que el trato es considerado correcto en un 80%, con mayores deficiencias por parte del personal no médico, que entre el 20 y el 30% no conocen su diagnóstico ni la operación practicada, y que casi el 60% no saben quién los operó. El 30% sufrió postergaciones en la fecha de su intervención.

CUADRO 1

Cien pacientes internados y operados

Situación emotiva	%
Bienestar	69
Malestar (agresividad, ansiedad, melancolía)	31
Opinión sobre el trato recibido	
De los médicos	
Deficiente	2
Correcto	79
Excelente	19
De las enfermeras	
Deficiente	8
Correcto	79
Excelente	13
Información recibida por los enfermos	
Sobre la enfermedad ¿diagnóstico?	
Saben	71
No saben	29
Sobre la operación ¿de qué lo operaron?	
Saben	80
No saben	20
Sobre el cirujano ¿quién lo operó?	
Saben	43
No saben	57
Postergación de las operaciones	
Operados en la fecha programada	68
Operados con postergación	32
Causas administrativas de la postergación	77
Causas del paciente en la postergación	9

Los elementos emocionales se destacan en el impacto que ejerce la cirugía, y condicionan fuertemente la imagen que el enfermo guarda de su experiencia. Así lo demuestra una investigación realizada para este trabajo, en el libro donde los

pacientes del Hospital de Clínicas de Buenos Aires anotan voluntariamente sus comentarios. Se analizaron las quejas y los elogios relacionados solamente con actos quirúrgicos y servicios de cirugía, correspondientes al período de enero de 1985 a mayo de 1986 (17 meses).

Sobre un total de 203 comentarios de los pacientes, 196 tienen carácter notoriamente emocional y afectivo. De ellos 54 son quejas y 142 son elogios y agradecimientos. Solamente 7 comentarios se refieren a problemas técnicos o administrativos. El análisis de las expresiones y vocablos significativos repetidos en los comentarios, ofrece el resultado que figura en el cuadro 2.

CUADRO 2

Comentarios de los pacientes quirúrgicos

Vocablos significativos	Veces que se emplean
Elogios y agradecimiento: 142	
Agradecimiento	43
Calidad humana, valor humanitario, calor humano	36
Maravillosa atención	14
Amabilidad	13
Dedicación	8
Afecto, cariño, dedicación, muy bien atendido	6
Cordialidad, gratitud, desinterés	4
Disposición humana, divina, que Dios los acompañe, felicitaciones, ternura, humanidad, respeto, profunda emoción, bondad, solidaridad	3
Comprensión, buen trato, valores éticos, amor, profesionalismo, palabra cálida, trato maravilloso, generosidad	2
Buena voluntad, trabajo con amor, palabras de aliento, capacidad, voluntad, preocupación, gentileza, presencia sensible, delicadeza, devoción, interés, médico amigo, personal solícito, buenos oficios, magnífico personal, maravilloso cuerpo médico, diligencia, esfuerzo, noble labor, responsabilidad, felicidad, paciencia ejemplar, no olvidaré	1
Quejas: 54	
Suspensión de operación	9
Demora, maltrato	8
Mala educación	7
Falta de responsabilidad, mala atención, largas esperas, insolencia, mala información	4
Falta de ética, pérdida de tiempo, atendido como cosa y no como persona, burla del médico, baja cultura, angustia, falta de humanidad, grosería, mala disposición, médicos inhumanos	1

FRECUENCIA DE LAS DEMANDAS

En Estados Unidos se ha incrementado notablemente el número de juicios contra médicos, provocados por el deterioro de la relación con los pacientes, la excesiva tecnificación, la masificación despersonalizada de los actos médicos, el abuso de la divulgación, la discusión pública de problemas científicos, la violación del secreto, la falta de información adecuada. El sistema actual de seguros excesivamente caros y la retracción en el empleo de muchos tratamientos para evitar riesgos, ha llevado a situaciones graves en la actividad quirúrgica, y el American College of Surgeons considera que la legislación vigente no soluciona el problema y protege indirectamente a los cirujanos incompetentes, mientras que las demandas jurídicas por malpráctica aumentaron de 220.000 dólares en 1975 a 1 millón de dólares en 1985⁸. Ya en 1960 hubo 6.000 demandas en Estados Unidos y el costo de los seguros fue de 45 millones de dólares. En 1980 los seguros por malpráctica se calcularon en medio billón de dólares¹²⁹.

En Francia los juicios por responsabilidad médica aumentaron de 5 por 1.000 en 1945, a 20 por 1.000 en 1965, y un panorama semejante se ha visto en Gran Bretaña.

En la Argentina se han inscripto más de 50 juicios por responsabilidad médica entre 1960 y 1980, pero no hay estadísticas actuales y los juicios con sentencia son pocos, pues en la mayoría de los casos se llega a un acuerdo entre las partes sin intervención del juez¹²⁴.

La pregunta Nº 3 de nuestra encuesta revela que los cirujanos argentinos han sufrido pocas demandas:

Pregunta Nº 3

¿Ha tenido usted alguna demanda jurídica de parte de un paciente?		%
No he tenido		85,7
He tenido una		13,3
He tenido varias		1

El exceso de juicios a los cirujanos ha llevado en algunos países a practicar la llamada "cirugía defensiva", donde el profesional acosado por controles y exigencias, se distrae en solicitar estudios innecesarios o evita tratamientos lógicos para cubrirse contra las demandas¹¹². Se considera que

esta situación resulta de un medio ambiente hostil a los médicos, en especial a los cirujanos, y que muchos jueces demuestran su descontento por la comunidad médico-quirúrgica⁸¹. Algunos jurados han expresado que tuvieron experiencias desfavorables con los médicos, demostrando una predisposición negativa, y es necesario recordar que para el público general, muchos tratamientos considerados de rutina por los cirujanos, resultan terroríficos o inaceptables²⁰⁶.

RESPONSABILIDAD DEL CIRUJANO

La idea de responsabilidad no se contrapone con la idea de libertad. Por el contrario, aparece cuando el hombre usa su libertad en relación con los demás. Pero también existe responsabilidad frente a uno mismo, en soledad. Cuando el hombre actúa "por necesidad" tampoco existe contradicción con una libertad responsable. No es real que quien actúa libremente no lo hace por necesidad, y quien actúa por necesidad no lo hace libremente. Actúa libremente quien reconoce lo que es necesario, es decir quien usa su libertad de acuerdo a la responsabilidad¹⁴⁵.

El hombre se responsabiliza cuando cumple tareas en relación o dependencia con los demás: en el trabajo, la familia, el estado, la iglesia, el médico frente al paciente. No se trata de un orden establecido por normas, sino de una condición moral, de un reconocimiento de los otros hombres que fundamenta la libertad de acción, porque en la medida en que somos libres somos responsables de algo. La libertad sólo es posible para uno cuando puede serlo también para los demás.

¿Tiene el médico libertad para realizar todo lo posible? En nuestro tiempo de crisis, sin duda la medicina es observada con desconfianza y en muchos casos objetada éticamente. Ya nadie cree que la ciencia siempre es buena, y los mismos médicos temen la aproximación cada vez mayor a territorios peligrosos, y hasta han propuesto una moratoria en algunas investigaciones, tratando de definir los límites de responsabilidad en sus descubrimientos¹⁰⁰.

Kant estableció una analogía entre la ley natural y la ley moral, considerando la validez de la naturaleza como fundamento para una normativa ética creada por los hombres. Propone el llamado "imperativo categórico" al expresar: "actúa como si la máxima ecuación debiera convertirse por tu voluntad en ley natural universal"^{cit. 11}. Pero esta unidad entre el ser y el deber ser, esta identidad entre la realidad natural y la norma moral, entre

la libertad y la responsabilidad, pierde consistencia en los tiempos modernos, cuando la medicina deja de ser indefectiblemente buena, cuando el conocimiento de la naturaleza puede oponerse a la moral.

Algunos argumentos han pretendido negar la responsabilidad pública y civil del médico, entre otros: que se lesiona la dignidad de la profesión, que el título otorgado por el estado es suficiente como garantía de seguridad, que el poder jurídico carece de conocimientos técnicos como para juzgar la conducta médica. Por supuesto que la medicina no es una ciencia exacta, y la cirugía tiene matices de arte que permiten infinitas variantes de procedimientos aun en casos análogos. Pero el paciente no puede quedar librado a la intuición antojadiza del cirujano, porque existen criterios ya consagrados, normas firmes consideradas como verdaderas, que han restringido cada vez más y en forma progresiva la libertad del cirujano, llevándolo hacia una mayor exactitud científica¹²⁴⁻¹⁹⁰.

Los códigos o los tribunales de ética solamente ofrecen consejos y reclaman honestidad, pero sus buenas intenciones son insuficientes para regular el ejercicio profesional. El reproche moral tiene una eficacia relativa y no beneficia al paciente cuando es víctima de una malapráctica. Una actitud incorrecta por parte del médico, que signifique negligencia, impericia, imprudencia o abandono, debe resarcir el daño en el terreno jurídico. De allí que la responsabilidad ética no puede ser separada de la responsabilidad jurídica. Son territorios que se superponen y se complementan. Ha dicho López Bolado⁹¹: "Lo que la deontología exige del médico, la ley lo hace un deber legal. Mucho más que en otras modalidades de relación social, se funde lo ético con lo legal en el ámbito de la profesión médica".

La comunidad y el estado pueden imponer al individuo algunas obligaciones en el ámbito de la salud: vacunación obligatoria, internaciones de infectocontagiosos, exámenes periódicos, etc. Algunos individuos, como una mujer embarazada que desea abortar, o los familiares de un moribundo desahuciado, pretenden arrogarse a veces ciertos derechos sobre los derechos de otras personas, pero la libertad propia termina donde empieza la del prójimo. Esto tiene relación con el derecho al suicidio y a la eutanasia. La historia del siglo XX ofrece muchos ejemplos donde los médicos se han visto implicados en el abuso de poder, en la práctica de la tortura, los tratos inhumanos o degradantes a prisioneros, la internación forzosa en hospitales psiquiátricos, la psicocirugía o los malos tratos a ni-

ños y mujeres. La situación no mejorará si se desplaza la responsabilidad del médico a otras personas. Hay quienes proponen que los encargados de la salud y la protección humana sean administradores o juristas, pero no médicos. Pero "sea cual fuere la situación teórica, lo cierto es que los médicos son los principales depositarios de la responsabilidad de proteger los derechos individuales"¹⁸⁸.

Los médicos deben seguir asumiendo la responsabilidad de sus asuntos y del respeto al individuo, para lo cual necesitan una buena libertad de acción. Los excesivos reglamentos que pretenden enumerar todo obstaculizan esa libertad de conciencia, especialmente en temas controvertidos y difíciles. Por ejemplo el cirujano que estuviera obligado a explicar todas las complicaciones posibles de una operación habitual, podría alarmar innecesariamente al enfermo. Así también la rigidez de los reglamentos ha dificultado mucho el desarrollo de los trasplantes y ha impedido la salvación de muchas vidas, por culpa de las trabas que se imponen para retirar a tiempo un órgano de un donante fallecido. Muchas opiniones sostienen que los médicos deben disponer de un margen amplio de decisión, actuando según su propia conciencia y sobre todo teniendo en cuenta la opinión del enfermo⁶⁸⁻¹⁸⁸⁻¹⁹⁶.

La responsabilidad legal del cirujano ha tenido siempre una evolución paralela a la de su responsabilidad ética. Desde el punto de vista del derecho civil, refiere la obligación que tiene el cirujano de reparar sus errores voluntarios o involuntarios, cometidos en el ejercicio de su actividad. Existen variantes en cuanto a responsabilidad contractual o extracontractual, según si había previamente un convenio o contrato entre el cirujano y el paciente, pactado en formularios de consentimiento para operaciones, mutilaciones, esterilización, autopsia, etc. La prescripción de la acción reparadora en caso contractual es de 10 años en el derecho argentino²⁰⁹.

El Código Civil Argentino contiene diversas referencias al problema de la responsabilidad por hechos cometidos, que pueden aplicarse a los actos de los cirujanos⁴⁴. Clasifica los hechos en voluntarios e involuntarios; estos últimos sin discernimiento ni intención no producen por sí obligación alguna (Art. 897 y 898). Las consecuencias son imputables al autor de un hecho cuando las hubiere previsto o cuando haya podido preverlas (Art. 904), pero si son puramente casuales y no previstas, no son imputables (Art. 905). Las consecuencias remotas no son imputables cuando no tienen nexo de causalidad con un hecho ilícito (Art. 906).

Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor será la obligación que resulte de las consecuencias posibles de los hechos (Art. 902). Esto significa que, cuanto más compleja sea la cirugía que se practica, y más importante su significado en la vida del paciente, mayor será la responsabilidad del cirujano por sus consecuencias. Por estos mismos principios, la responsabilidad jurídica de los especialistas es aún más pesada.

Un fallo de la Cámara de Apelaciones y Civil del 29-VII-1977 dice entre otras cosas: "Es responsable un médico por los errores graves y evidentes que comete o por falta de un mínimo de prudencia y atención, y por aquellas equivocaciones en que incurrió honestamente, máxime si se trata de un especialista"¹⁴¹.

Se ha definido la responsabilidad del cirujano como la "obligación de sufrir las consecuencias de ciertas faltas cometidas en el ejercicio de su arte, faltas que pueden comportar una doble acción, civil y penal"¹⁴¹. Esta responsabilidad tiene connotaciones de culpa, y el daño no premeditado será considerado culposo, pero si existió intención en el mismo tendrá características dolosas.

Como no han prosperado los argumentos que pretendían otorgar al médico el privilegio de quedar exceptuado de obligaciones jurídicas, la responsabilidad médica ya está incorporada a la legislación, teniendo en cuenta que deben prevenirse los daños y cumplirse las normas técnicas, evitarse la temeridad, el abandono, o la falta de conocimientos que ocasionan un perjuicio al enfermo. El Código Penal sanciona a quien causa lesiones u homicidio por imprudencia, negligencia, impericia, o inobservancia de los deberes y reglamentos. El médico por lo tanto está incluido en las obligaciones comunes del derecho, y quienes lo juzguen no entrarán en el análisis de problemas científicos ni objetarán los progresos técnicos o el prestigio de la profesión.

CARACTERÍSTICAS DE LA RESPONSABILIDAD EN CIRUGÍA

La diferencia entre el clínico y el cirujano es que éste asume una responsabilidad inmediata, rápida, que requiere una decisión firme, clara, siempre sostenida por el buen juicio. "El cirujano debe permanecer director de orquesta", ha dicho Lortat-Jacob¹²⁰. "Debe conocer todos los movimientos de sus colaboradores, dirigir a su anestesista, establecer el ritmo y el estilo de un equipo. Es el que comanda y asume las consecuencias de lo que pasa".

Sobre la distribución de responsabilidades en el equipo quirúrgico, se han expuesto diversas interpretaciones⁶⁹⁻²⁰⁴. Algunos consideran que ya no existe el equipo con jerarquía, donde el cirujano es el jefe que decide y controla. La aparición de especialistas con autonomía, como los anestesiólogos, hace que la responsabilidad se fragmente, se haga personal, porque cada uno de ellos es quien conoce bien su especialidad. Al cirujano se podría imputar solamente la elección del anestesiólogo.

Ha dicho Zavaleta²¹²: "Una responsabilidad es atribuible al centro asistencial, o al cirujano, o al grupo de trabajo, pero jamás, como se ha sostenido alguna vez, exclusivamente al cirujano. Es absurdo e inadmisiblemente responsabilizarlo íntegramente y significa algo tremendo: que la justicia está detenida en sus conceptos desde hace 100 años".

Por el contrario Jean Gosset²⁰⁴ opina que el cirujano asume ante el paciente toda la responsabilidad, y que "debe estar capacitado para dirigir e incluso controlar a sus colaboradores; debe ser un poco anestesiólogo, reanimador y biólogo".

Zaffaroni²¹⁰ afirma que es inadmisiblemente la responsabilidad penal del jefe por los actos de sus subordinados, ya que el cirujano no siempre puede controlar por ejemplo, la actividad de su anestesiólogo. En esto ha mencionado el "principio de confianza", que rige la conducta de quien confía en el desempeño técnico de los demás colaboradores, cuyos errores no le son imputables.

Como jefe del equipo el cirujano debe coordinar las tareas, tomar las decisiones y vigilar a los colaboradores; en ese sentido le corresponde la responsabilidad directa de los hechos.

Si algún miembro del equipo con autonomía científica, como el anestesiólogo, transfusionista o cardiólogo, comete el daño en forma individual y exclusiva, también tiene responsabilidad directa propia o compartida con el jefe del equipo¹¹². La responsabilidad colectiva corresponde a hechos producidos por varios médicos que no forman equipos y tratan simultáneamente al enfermo, cuando no es posible individualizar a uno de ellos como único autor del daño.

La responsabilidad solidaria ha sido establecida en el Art. 19, Inc. 9, de la Ley 17.132, cuando afirma que el médico jefe debe "fiscalizar y controlar el cumplimiento de las implicaciones que imparte a su personal auxiliar", pero también que estos auxiliares son "solidariamente responsables si por insuficiente o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare un daño para terceras personas"¹¹².

Otras opiniones¹³⁶ sostienen que las "nurses" y enfermeras también han asumido responsabilidad en tareas cada vez más complejas y competentes, y que resultaría injusto concentrar todas las culpas en el cirujano jefe, cuando ellas también actúan con obligaciones que no corresponde delegar. En todo sistema de atención al paciente, debe examinarse con cuidado el proceso de delegación y límites de responsabilidades.

Al respecto los cirujanos argentinos en nuestra encuesta asumen mayoritariamente la responsabilidad de los actos, y solamente la delegan en un 27% a la enfermera (Pregunta N° 4):

Pregunta N° 4

Si durante una operación, la enfermera del quirófano comete un acto de impericia que daña al enfermo, ¿quién es el responsable?

	%
El cirujano actuante	40
La enfermera	27
El sanatorio	17,5
El jefe del quirófano	15,5

Roding¹⁴⁸ sostiene que los requisitos para la responsabilidad del cirujano deben ser muy severos y de características múltiples. No solamente se necesita una capacidad profesional y técnica adecuada, sino también aptitudes en el trato social y personalidad comunicativa. A veces existen obstáculos para alguna de estas condiciones que perturban la actuación responsable del cirujano en su integridad.

Los errores de diagnóstico raramente llevan a planteos judiciales porque en ellos se equivoca el espíritu, y no la mano. Los clínicos tienen por eso pocas demandas y planteos, en cambio los cirujanos sufren perjuicios cuando cometen errores por fallas técnicas. El cirujano Ody¹²⁸ afirma: "Es justo que reparemos el daño causado por nosotros y que podamos ser llamados a rendir cuentas de la vida del prójimo ante los jueces. Sólo podemos ser condenados por la opinión de nuestros colegas, y no por la de los juristas. Cualquier cirujano cree que debe reparar el daño por él causado, pero a condición de que este daño sea imputable a ignorancia patente, a torpeza, descuido, negligencia o imprudencia. Sin embargo, la mayoría de las veces los procesos por responsabilidad no tienen otro origen que las informaciones temerarias o malintencionadas de un colega, o las afirmaciones gratuitas de una enfermera rencorosa".

RESPONSABILIDAD CONTRACTUAL Y EXTRA-CONTRACTUAL

Una sentencia de la Cámara Civil de la Capital³⁵ establece que "la responsabilidad emergente del ejercicio de la medicina es de carácter contractual. Sólo excepcionalmente es de carácter delictual o cuasi-delictual cuando el médico comete el delito de derecho criminal o viola disposiciones reglamentarias de su profesión".

Otras opiniones citadas en este fallo refieren que los servicios médicos no constituyen un verdadero contrato porque no son el equivalente de una prestación en dinero, por lo cual la relación entre el médico y su cliente es de un verdadero mandato. También se ha considerado al contrato de asistencia médica como locación de servicio o de obra. Pero no es de servicio, porque el médico no sigue órdenes o instrucciones del paciente, sino que es el paciente quien recibe las prescripciones. Tampoco es de obra, porque el médico no promete curar.

Al rechazar pues estos criterios, la Cámara Civil sostiene que "desde el momento que entre el médico y su cliente se ha constituido un vínculo jurídico obligatorio (el médico a suministrar sus cuidados al enfermo y éste a remunerar esos servicios), la responsabilidad en que aquél puede incurrir por inejecución de las obligaciones a su cargo, ha de juzgarse de acuerdo a las normas consagradas a la misma (Art. 1107 del Código Civil)". Se excluye así una categoría especial de "culpa profesional" para los médicos, aun cuando los servicios se presten en forma gratuita, como en el hospital público, ya que "se realiza una relación contractual, puesto que media un cambio de voluntades, tanto por parte del enfermo, como de la administración del nosocomio que lo recibe".

Una sentencia de la Cámara de Apelaciones en lo Civil³⁹ estableció que "cuando el médico actúa poniendo su celo profesional, el fracaso del método elegido con la prudencia del caso, no puede serle imputado". Para apreciar la culpa del médico debe conciliarse en un justo punto la protección de su tarea con la seguridad del paciente. Como dice Alsina Atienza⁷ "por un lado es necesario que los facultativos no puedan verse amenazados por demandas temerarias o abusivas e incluso que puedan ensayar nuevos métodos para progreso de su ciencia, en bien de la humanidad; por otro, la salud y la vida del paciente exigen que haya una responsabilidad en quienes practican el arte de curar". Pero esta responsabilidad debe ser manejada con mucha prudencia, porque el médico enjuiciado "puede ser mucho más capaz que

los expertos, y en cuestiones científicas nadie puede presumir de infalibilidad, para comprender hasta qué punto los tribunales, obligados a juzgar las cosas a través de dictámenes técnicos, corren el riesgo de equivocarse grandemente".

OBLIGACIONES DE MEDIO Y DE RESULTADO

Cuando un paciente demanda por el fracaso de un tratamiento, a él corresponde demostrar que la atención no se ajustó a lo pactado con el médico. Allí debe existir gran precisión para determinar hasta dónde llegaba lo pactado. "Si el médico no se comprometió expresa ni implícitamente a curar o aliviar al paciente, su obligación se reduce a intentar ese resultado, siguiendo la misma línea de conducta diligente en tal sentido. Por lo tanto, aunque el paciente pruebe el fracaso del tratamiento, no habrá logrado con ello justificar el mal cumplimiento del facultativo. El fracaso no es sinónimo de culpa"⁷.

La obligación del médico con el paciente se llama "de medio", porque se obliga solamente a intentar un éxito con medios adecuados. En cambio, en las llamadas obligaciones "de resultado", hay una exigencia para lograr un beneficio convenido; es el caso del empresario de obras o del vendedor de un producto. Si el paciente desea demostrar la culpa del médico en esta obligación "de medio", debe justificar la falta de diligencia o el mal cumplimiento de la prestación.

Por otro lado, también la doctrina jurídica establece diferencias entre el tipo de fracaso. Si una riesgosa operación cardíaca no da resultados, es difícil adjudicar culpa al cirujano. Pero si una simple extirpación de un lipoma produce tétanos o gangrena, podrá deducirse la culpa. En un caso así, la malpráctica podrá establecerse con una sola presunción grave e inequívoca⁷.

Con motivo de un juicio, la Cámara Nacional en lo Civil⁴¹ sentenció en 1977 los siguientes conceptos: "La obligación asumida por el médico es de medio, no de resultado, salvo casos excepcionales como la cirugía estética. El médico no está comprometido legal o contractualmente a curar, sino a tratar de hacerlo, aplicando técnicas correctas y poniendo la mayor diligencia en el ejercicio de su ministerio". "Aun cuando el cirujano observe rigurosamente las reglas de su arte, puede presentarse un riesgo quirúrgico imposible de prevenir y controlar. El buen sentido impide exigirle éxito, pues no está a su alcance prometerlo"⁴⁰.

El jurista Salvat¹⁶¹ otorga amplia libertad y garantía al médico en su tarea, mientras sólo exige

prudencia, respeto y conocimientos racionales de su arte: "La orientación actual de la doctrina reconoce al médico un amplio margen de libertad para formular el diagnóstico y elegir el tratamiento adecuado, lo mismo que para resolver la necesidad de una operación, pero con una condición: que el médico no haya obrado con desconocimiento de los principios racionales del arte médico. Si obra de acuerdo con ellos, si ha observado cuidadosamente al enfermo para no incurrir en conclusiones precipitadas, la responsabilidad de él quedará a cubierto y los casos de errores será preciso imputarlos a la fragilidad propia de la naturaleza humana".

Se ha señalado una línea divisoria entre la responsabilidad jurídica y la responsabilidad personal del médico. Los juristas se interesan en el resultado, en la responsabilidad a posteriori, especialmente si ha existido un fracaso, un accidente quirúrgico, un error de tratamiento. Al médico le interesa en cambio la situación al iniciar su trabajo, cuando aparecen dudas y riesgos, cuando sabe que puede fallar a pesar de todo lo bueno que haga. "Quien pretenda imputar al médico una culpabilidad, acaso castigue más su poca fortuna que sus errores"²⁰⁴. Porque si el médico tiene tranquilidad de conciencia y actúa con responsabilidad moral, no debe preocuparse obsesivamente por lo jurídico. Preocuparse por lo jurídico llevaría a actuar sólo con medios inocuos, a no hacer nada para evitar riesgos, a no jugarse por el paciente; o por lo contrario a excederse en los tratamientos para resguardarse con el objeto de "haber hecho todo lo posible".

El cirujano se ve obligado a resolver problemas en forma inmediata, a menudo con urgencia y consciente de que en su decisión se juega el destino de la vida o la capacidad física del paciente. Esta característica debería ser considerada como atenuante en los juicios a cirujanos, porque resulta fácil criticar una indicación o un procedimiento cuando luego se analizan cómodamente sus fallas o fracasos¹¹².

CULPA Y DAÑO EN CIRUGÍA

En derecho se ha definido como "lesión quirúrgica" a la "alteración corporal que produce una intervención médica efectuada conforme a las reglas del arte"²¹⁰. Se excluyen de este concepto las lesiones dolosas o culposas, o las que tienen carácter penal. En el caso de una operación con finalidad terapéutica existe un acuerdo y no un consentimiento: no se dispone de la salud como bien jurídico sino de la libertad. Si la operación no tie-

ne finalidad curativa, se dispone de la salud o de la integridad física, y por lo tanto existe consentimiento: es el caso de la cirugía plástica. Así como se acepta el peligro para la vida con consentimiento en las competencias deportivas, también se acepta jurídicamente el consentimiento para experimentos quirúrgicos o aplicación de técnicas nuevas, mientras existan precauciones adecuadas en la práctica operatoria.

En las operaciones con propósitos terapéuticos no puede existir dolo, porque la conducta persigue justamente el alivio, la cura, o la eliminación de daños en el cuerpo, para recuperar la salud. Si esto no se ha logrado, si la operación fracasa, podrá existir condición culposa solamente cuando se violan las reglas del buen arte quirúrgico. "La voluntad de curar excluye la intención delictiva. El acto que comete el cirujano no es doloso, por cuanto tiene finalidad inocente. El consentimiento del paciente o de su representante, justifica la ejecución del tratamiento quirúrgico, así como sus fracasos. Sólo pueden ser sancionados por la justicia los errores muy groseros o aquellos desempeños en los que es evidente la falta de seriedad y responsabilidad"²¹².

En las operaciones no terapéuticas puede ocurrir un daño en el cuerpo buscando propósitos estéticos o para mejorar la salud de otro, como en el caso de los dadores vivos en trasplantes. Si no hubo consentimiento del paciente, se incurre en lesión dolosa. Si hubo consentimiento pero fracasó la operación por fallas en las reglas del arte quirúrgico, se tratará de lesión culposa. Solamente en el dolo, es decir en la finalidad de objetivos, se encuentra la diferencia entre el homicida y el cirujano que provoca una muerte.

Una operación con finalidad terapéutica se considera jurídicamente con resultado positivo cuando ha mejorado la salud, aun si no tiene un restablecimiento completo, o si se logra sólo alivio o postergación de complicaciones. Las operaciones mutilantes también se consideran de resultado positivo, aun si se practican con criterio preventivo para evitar posibles daños mayores (por ejemplo colecistectomías, adenomastectomías).

Los nuevos procedimientos quirúrgicos solamente se consideran adecuados "cuando se ha tomado el máximo de precauciones o cuando ya no exista otro que permita neutralizar el peligro de muerte u otro daño"²¹⁰.

El daño provocado debe ser cierto, real y demostrado por el paciente con su prueba. Puede ser material, en el cuerpo o en el estado de salud, por homicidio o lesiones, por pérdida de la belleza fi-

sica, o bien susceptible de apreciación pecuniaria, o privación de ganancia. Pero también puede ser por agravio moral, por ejemplo, pérdida de la intimidad, violación del secreto, una operación innecesaria que ha provocado dolor, angustia o lucro cesante³¹. Puede derivar en una permanencia de la enfermedad, o en secuelas irreparables, o en prolongación de padecimientos que impidan al paciente el goce de una vida normal. El llamado daño futuro no se produce en el momento de la acción del médico, pero se manifiesta como complicación o agravación posterior¹²⁴.

La iatrogenia se refiere genéricamente a los daños o enfermedades provocados por el médico en el ejercicio correcto de su actividad, o por impericia, negligencia, imprudencia o malpráctica⁹¹.

Para considerar que el cirujano ha provocado daño al paciente, debe existir una clara relación de causalidad con el hecho. La doctrina jurídica²⁸ expresa que: "Si el daño es previsible y no fue previsto por el autor, hay culpa. Si en igual caso fue previsto y no fue evitado por el autor, hay culpa". Sobre esta culpa se determinará si existió negligencia, imprudencia o impericia del autor, que le impidió evitar el daño.

Un fallo de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil³⁸ afirma que se impone al paciente la carga de la prueba, es decir que el paciente debe probar la supuesta culpa del médico. El cirujano cae en incumplimiento culposo cuando comete las siguientes irregularidades: violación de una obligación contractual o violación de la ley. A la víctima, es decir al paciente, le corresponde demostrar el incumplimiento de la obligación de resultado, o probar que el cirujano no prestó la conducta prometida en caso de obligación de medio²⁹. La doctrina jurídica⁴¹ ha dicho que: "Incumbe al paciente que ha recibido atención médica, demostrar que ésta no se ajustó a lo pactado, y si el profesional no se comprometió expresa ni implícitamente a curarlo o a aliviarlo, su obligación se reducirá a intentar ese resultado. Por lo tanto, aunque se pruebe el fracaso del tratamiento, el enfermo no habrá logrado con ello justificar el mal cumplimiento del facultativo".

Ya un fallo del tribunal del Sena del 30-V-1938⁴² expresaba que "no es necesaria la prueba, si el resultado obtenido por el tratamiento médico se presenta bajo una culpa gravemente dañosa, y como un hecho incompatible con la ciencia y la terapéutica normales".

La doctrina jurídica afirma que "la culpa contractual se presume y la extracontractual debe probarse"²⁵. En las obligaciones de resultado el pa-

ciente dañado debe probar la inexecución de lo pactado, ya que se trata de una relación contractual. Para salvar su responsabilidad el cirujano debe probar o demostrar los hechos fortuitos que le impidieron cumplir. En las obligaciones de medio el paciente deberá probar la culpa por mal cumplimiento, ya que el médico no prometió la curación sino sólo un tratamiento en procura de esa curación. En las obligaciones de medio, si el médico demuestra incumplimiento por causa de fuerza mayor o caso fortuito, no tendrá culpa. Pero si el paciente acredita incumplimiento y no existió fuerza mayor, no habrá diferencia entre obligación de medio y de resultado, porque el incumplimiento material hace presumir la culpa del médico⁵⁶.

También existe la llamada culpa concurrente del médico y el enfermo, cuando éste no colabora en su curación, o demuestra abandono y descuido. La solución está en buscar la justa proporción en los términos de la relación médico-paciente, y determinar cuánta culpa tiene cada uno de ellos en el mal resultado o el daño producido²⁰⁵.

Ha dicho Steimberg: "El mejor médico no es el que sabe más, es el que se equivoca menos"¹⁷⁸.

MALPRAXIS, NEGLIGENCIA, IMPERICIA, IMPRUDENCIA, ABANDONO

Malpraxis: o malpráctica se define como la "omisión por parte del médico de prestar apropiadamente los servicios a que está obligado en su relación profesional con su paciente, omisión que da por resultado cierto perjuicio a éste"²⁰⁹. De ello resultarán 2 situaciones: el cirujano deja de cumplir con su deber, y como consecuencia causa un daño a su paciente. En la mayoría de los casos la malpraxis no significa necesariamente incompetencia o mala medicina; se trata de un resultado desafortunado o de un error humano en una actividad que depende de múltiples variables y que no está sujeta a exactitud científica. La Medical Liability Mutual Insurance Company y la National Association of Insurance Commissions han demostrado que el mayor factor de influencia en los casos de malpraxis quirúrgica es la complejidad de la enfermedad y el consiguiente resultado imperfecto de los tratamientos, y no la competencia de los médicos¹²⁶. En estos estudios se indica que los cirujanos mejor entrenados, que realizan las operaciones más complejas, son los que padecen gran número de casos de malpraxis y los que entran en el mayor riesgo.

Negligencia: es producto del descuido, la falta de control, el olvido o la ausencia de verifica-

ción¹¹². Por ejemplo se comete negligencia cuando se dejan oblitos quirúrgicos, cuando no se cuidan las córneas durante la anestesia o no se ata al enfermo a la camilla, cuando no se destapa una herida infectada o no se controla al paciente en el postoperatorio.

Impericia: es resultado de una torpeza o insuficiencia técnica, de una falta de habilidad.

Imprudencia: es el exceso o la precipitación en el acto quirúrgico, que pone en peligro al enfermo.

Do Pico⁵⁷ ha sintetizado claramente los conceptos: hacer de menos es negligencia, hacer de más es imprudencia o temeridad, hacer mal es impericia. Cuando ha existido una conducta fundada y correcta, el error provocado por el cirujano escapa a la responsabilidad porque la justicia no le exige que sea infalible. Los criterios de responsabilidad civil y penal para el médico no deben ser ni excesivamente liberales ni demasiado severos; en realidad, son una amenaza para los incapaces, audaces o inescrupulosos, y una seguridad para el trabajo de los médicos instruidos y prudentes.

Abandono: la negativa de un cirujano a prestar asistencia a un paciente, puede originar una responsabilidad enmarcada en el Art. 1074 del Código Civil⁴⁴, si esta omisión de asistencia provoca daño o muerte. La Cámara de Apelaciones condenó en una sentencia³⁴ a un cirujano que se negó a operar a una mujer herida de bala en el abdomen, porque los familiares carecían del dinero efectivo para depositar previamente, condición establecida en el reglamento del sanatorio. La enferma fue derivada a un hospital donde falleció por infección 11 días después. Cuando hay abstención que produce daño, existe una responsabilidad extracontractual con vínculo de causa a efecto³⁰ y "lo que guía la actividad profesional es algo más elevado que el pago de una remuneración". Agregó la Cámara: "En casos urgentes y graves el médico está obligado a prestar su oficio cuando es requerido... y esta responsabilidad es más incontrovertible cuando está en juego la vida de una persona. El médico que obra con la independencia que comporta su profesión liberal, no puede ser considerado como dependiente del hospital o de la clínica donde se desempeña, ya que el ejercicio de su profesión es incompatible con un vínculo cualquiera de subordinación y el médico debe gozar de la más grande libertad en el ejercicio de sus funciones".

Al respecto dice Bustamante Alsina³⁰ que "el médico al egresar de la facultad se compromete a hacer de la salud y de la vida de sus enfermos la primera de sus preocupaciones, y a no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase".

Un fallo de la Corte Suprema de Justicia⁵¹ referido a un cirujano que reapareció 5 días después de la operación por él practicada, sostiene que el cirujano no infringió un simple deber moral sino una obligación jurídica, compartida con el sanatorio donde estuvo el paciente internado. La Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo³⁷ también sentenció a un médico por abandono de guardia sin causa justificada, considerando el hecho como falta grave. Un cirujano fue condenado por no cuidar en el postoperatorio a una enferma con perforación intestinal, a quien dejó en el quirófano sin indicaciones. La sentencia de la Cámara⁷³ expresó que: "Es deber elemental de todo médico después de una operación cumplir la actividad necesaria para asegurar el éxito de la misma y evitar a tiempo los accidentes que sobrevengan".

Muchas veces el abandono se produce con pacientes terminales, que reciben menor atención porque son rechazados por los médicos y por la familia, o enviados en soledad a terapia intensiva, donde en realidad se justifica la internación de enfermos recuperables y no de los que van a morir. Es tan inapropiado el exceso de terapéutica en el mantenimiento artificial de una vida que se extingue, como su abandono por parte del médico, la falta de compañía y de protección al enfermo que advierte su próximo final. Lo que corresponde es ayudar a bien morir, "ayudar a morir en paz, a vivir como sí mismo hasta el momento de la muerte, y no sólo como lo que se ha denominado un residuo que no se queja"²⁰⁵.

Moore¹²³ ha estudiado el flujo de dinero en los Estados Unidos durante el año 1981 correspondiente a gastos en cirugía, sus complicaciones y el encarecimiento por malpraxis. Sobre los 90 billones de dólares por gastos de internación y honorarios quirúrgicos, existe un incremento de los costos operativos en un factor desde 8 a 20. El control voluntario o impuesto de las actividades, los seguros por malpraxis, la auditoría de casos dudosos, produce un aumento considerado entre 2 y 4 billones de dólares. Esto es el 5% de los gastos por actividad quirúrgica y se estima que es parte del flujo de dinero considerado evitable, cuyo monto total es de unos 15 billones de dólares.

CAPITULO II

CIRUGÍA INNECESARIA

En los últimos tiempos ha comenzado a preocupar el tema de la cirugía innecesaria, pero se reconocen dificultades para detectarla, ya que no existen criterios uniformes en su definición. Cada supuesto caso requiere un examen cuidadoso para determinar el grado de necesidad de una operación. No se trata de operaciones inadecuadas para el paciente o para la enfermedad. Se trata de procedimientos que, luego de efectuados con buena técnica, dejan al paciente igual o peor que antes de operarse ¹⁵⁶.

Puede incluirse aquí la extirpación de órganos sanos con conocimiento previo de que no existía una enfermedad real. Pero también puede tratarse de indicaciones bien fundadas para una operación que luego no reditúa beneficios ni mejora la enfermedad. Por lo tanto el problema es complejo y no siempre resulta sencillo detectar los casos de cirugía innecesaria. Los comités de estudios histológicos han demostrado su eficacia al vigilar el grado de patología de órganos extirpados en un hospital norteamericano. Por ejemplo el porcentaje de apendicectomías disminuyó del 25 al 10% cuando se estableció la vigilancia de un comité sobre las piezas extirpadas ²⁰⁰.

También los estudios retrospectivos sobre historias clínicas y el análisis de la sintomatología previa, pueden detectar la cirugía innecesaria cuando no se encuentran datos en la documentación, que justifiquen la operación realizada. Estas medidas de control han provocado un descenso en el número de operaciones, especialmente de amigdalectomías, histerectomías, apendicectomías y colecistectomías ¹⁵⁶. De todos modos son formas de control que deben integrarse con una supervisión más amplia sobre la calidad y certificación de los cirujanos. En todo esto tiene gran importancia el modelo de identificación que reciben los cirujanos jóvenes de su jefe ¹⁷². Como dice Mc Sherry ⁹⁹: "Quizá el factor más importante para asegurar la calidad sea el liderazgo de los departamentos. Las actividades del personal y particularmente de los residentes, suelen reflejar los intereses, las metas y

las normas éticas del director. La dedicación de este último al profesionalismo de alta calidad establece el tono para los otros miembros del personal". En cirugía sigue siendo indispensable la presencia de maestros verdaderos.

"Tenemos el derecho de operar mientras exista un porcentaje razonable de posibilidad de éxito" decía Theodor Billroth ¹³⁹. "Actuar de otra manera sería prostituir esta ciencia y este arte admirable de la cirugía, que se haría objetable ante los ojos de los profanos y de nuestros propios colegas".

Un estudio ¹⁶⁹ realizado sobre procedimientos quirúrgicos electivos en Australia, Estados Unidos, Inglaterra y Gales, demostró la limitación que existe en los datos casuísticos para tener una base de opinión sobre la necesidad o no de operaciones en pacientes particulares. Se llegó a un interrogante: ¿Debe la cirugía innecesaria limitarse por el control de los mismos consumidores (lo que se llama autonomía del paciente), o por la regulación de la propia profesión médica? Es difícil conciliar la opinión del experto y del consumidor sobre lo necesario, pero se ha propuesto la elaboración de códigos sobre la cirugía innecesaria, y la organización de comités integrados por médicos y no médicos, para lograr una evaluación exacta de las indicaciones quirúrgicas.

Francis Moore ¹²² ha analizado el aumento estadístico y la posible "avalancha de operaciones innecesarias", y considera que no es únicamente válido el argumento de que "donde hay más cirujanos se efectúan más intervenciones quirúrgicas". Puede existir a veces cirugía innecesaria, pero también los cirujanos enfrentan hoy nuevas necesidades y requerimientos de la población. En Estados Unidos ha descendido el número de amigdalectomías y de histerectomías, como consecuencia de una mejor educación del público y de los cirujanos, que también reciben el impacto de informes y denuncias. Pero Moore reconoce que las operaciones innecesarias aumentan cuando hay muchos cirujanos, en especial jóvenes residentes o egresados que buscan trabajo. Para corregir estos excesos, Moore propone el control estricto y la conserva-

ción de las normas quirúrgicas, manteniendo el nivel de excelencia y la inspección con desacreditación inmediata de los programas deficientes. Y agrega: "La práctica de la cirugía es la más sensible al nivel de excelencia. Las operaciones chapuceras con mala anestesia son lamentadas por todos. El costo de las desventuras en la cirugía es sorprendente".

También se ha comprobado que se operan menos pacientes familiares de cirujanos, que aquellos del público general que no lo son, tomando en cuenta iguales edades y condiciones ⁶⁰.

La cirugía innecesaria adquiere gravedad aún mayor cuando provoca complicaciones o muerte. En la Argentina no existen estadísticas globales de muertes intraoperatorias, pero en Estados Unidos para todo tipo de cirugía se ha referido una muerte cada 1.000 a 1.200 operaciones ¹²⁷. Esto significa unas 8.000 muertes por año, aproximadamente 1 muerto cada hora en el transcurso de operaciones.

Jean Gosset ¹⁰⁷ decía que "en cirugía conocemos el homicidio por orgullo y por suficiencia, por ignorancia o por inhabilidad, por lucro o por brutalidad, por fama o por amor propio, ... por timidez, por abstención".

También preocupa a la ética en cirugía el exceso de estudios y análisis innecesarios. Los pacientes suelen padecer reiteradas punciones venosas en un mismo día, radiografías y otras técnicas desagradables y costosas que no son indispensables. En el Hospital de Clínicas de Buenos Aires se ha observado que, luego del ingreso anual de los nuevos residentes, se produce un incremento notable de pedidos de laboratorio y una reiteración injustificada de análisis. Algunos pacientes sufren hasta 5 punciones venosas en el día y una exfoliación sanguínea considerable. En medicina no debe hacerse nada que produzca más sufrimientos que la misma enfermedad, ni practicarse nada que no sea indispensable, ni usarse a los enfermos con fines académicos o curiosidad científica, ni someterlos a estudios, demoras, traslados, gastos y dolores, para obtener exámenes que no reportan beneficios.

EL SECRETO EN CIRUGÍA

El cirujano debe guardar secreto de los hechos que conoce en el ámbito de su ejercicio profesional. Este concepto ya existe en las normas del juramento hipocrático, fundadas en la protección de la intimidad del paciente. Se considera que el secreto puede ser absoluto, cuando sin excepción corresponde callar lo que se conoce, o relativo

cuando en alguna circunstancia, o por obligación jurídica, el médico debe revelarlo.

Cuando el cirujano viola un secreto y con esto perjudica a un paciente, comete un delito penado por la ley y por la moral médica. El Código de Procedimientos ²⁷ en su Art. 165, obliga a los cirujanos a "hacer conocer dentro de 24 horas o inmediatamente, en caso de grave peligro, ... los atentados personales cualquiera que sean, en los cuales hayan prestado los socorros de su profesión... bajo las represiones establecidas en la legislación penal". Pero el Art. 167 del mismo Código exceptúa lo dispuesto anteriormente en el caso en que los cirujanos "hubieran tenido conocimiento de delito por revelaciones que les fueron hechas bajo secreto profesional". Esta contradicción significa que el cirujano tiene la opción entre ambas conductas, y debe medir con inteligencia su accionar para no dañar al paciente por un lado, y no desproteger a la sociedad por otro. Jurídicamente el médico no puede ser condenado por encubrimiento o por guardar secreto, pero también debe buscar la manera de denunciar los hechos delictivos para facilitar la acción de la ley o de la policía.

En nuestra encuesta los cirujanos adhieren por gran mayoría a este proceder, actuando con conocimiento del paciente, luego de cumplir su cometido como profesionales (Pregunta N° 5):

Pregunta N° 5

Luego de curar a un delincuente herido, fugitivo de la policía, ¿qué corresponde?

	%
Guardar secreto médico y no practicar la denuncia policial	3,9
Explicar al paciente que corresponde hacer denuncia policial, y luego efectuar la denuncia	96,1

El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina ⁴⁷ afirma: "Los profesionales del arte de curar tienen el deber de conservar como secreto todo cuanto vean, oigan o descubran en el ejercicio de la profesión, por el hecho de su ministerio, y que no debe ser divulgado". Pero también dice que "el médico sin faltar a su deber, denunciará delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión. No puede ni debe denunciar delitos de instancia privada (Art. 70)". "Cuando es citado ante el tribunal como testigo para declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión ... la revelación no lleva involucrada una violación al

secreto profesional. En estos casos el médico debe comportarse con mesura, limitándose a responder lo necesario, sin incurrir en excesos verbales (Art. 72)". Los mismos contenidos expone el Art. 13 del Código de Etica del Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares⁴⁶.

Por supuesto que no le está permitido al médico mentir u ocultar hechos sin razones éticas o de justa causa, por ejemplo en un certificado de defunción, en una pericia, o en una denuncia por enfermedad infectocontagiosa. También puede a conciencia violar el secreto profesional para proteger la salud o la vida de la población evitando males mayores, por ejemplo, denunciando a un individuo que no está en condiciones físicas de conducir en la vía pública⁸⁶.

La Cámara del Crimen de Santa Fe³⁶ en una sentencia dictaminó que "el médico forense que recibe del procesado referencias sobre el hecho y las trasmite al juez, no viola el secreto profesional" porque su relación de dependencia le permite comunicar el secreto al superior, "más aún cuando, como perito, realiza una función que limita expresamente la vigencia de aquel secreto". Pero el médico que no actúa como perito designado, y que tiene conocimiento de delitos al atender a un paciente, se encuentra en una opción difícil, porque enfrenta la obligación ética de guardar secreto con el deber legal de denunciar delitos. El Art. 277 del Código Penal castiga con prisión al que omitiere denunciar un delito, pero el Art. 156 del mismo Código reprime también con prisión, multa e inhabilitación, al que, teniendo noticias de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, en función de su profesión o empleo, lo revelara sin justa causa⁹⁰. Por lo tanto la contradicción es sólo aparente, ya que el Código Penal protege el secreto, y al mismo tiempo permite la denuncia. El cirujano que conoce un delito confesado por su paciente, está moralmente obligado a curarlo y protegerlo en tal condición, y sería aberrante que la ley le exigiera una denuncia. La confianza del enfermo que se entrega indefenso al médico, tiene por lo tanto un valor superior al de la obligación genérica de denunciar. Por otro lado, el cirujano debe ofrecer sin discriminaciones ni reparos todo su esfuerzo, tratando de curar o salvar al paciente, cualquiera sea su condición y su conducta.

Las "Normas Eticas" publicadas por la Dirección del Hospital de Clínicas en 1985¹⁶⁵ hacen las siguientes referencias al tema:

- "Cuidar el secreto médico en las actividades hospitalarias, académicas o de investigación.

- Conservar el anonimato del enfermo en ateneos y presentaciones.

- Abstenerse de hacer juicios de valor sobre las conductas privadas de los pacientes (delinquentes, homosexuales, abortos), ya que la función del médico no es juzgar sino ayudar al prójimo sin condicionamientos".

De acuerdo al Art. 18 de la Constitución Nacional, nadie puede ser obligado a declarar contra sí mismo, y se considera que la confesión de un paciente al médico se realiza para obtener asistencia, y no para divulgar el delito cometido⁹¹. Por lo tanto, si el médico hace la denuncia de actos que conoció en el ámbito del secreto profesional, jurídicamente esa denuncia es nula y no puede servir como elemento procesal.

Con respecto al conocimiento de actividades incorrectas practicadas por colegas, la Asociación Médica Americana⁹ incluyó en 1980 en su Código de Etica referencias a la obligación de comprometerse con denuncias, donde dice que "el médico debe conducirse honestamente, no dudando en denunciar las faltas morales o técnicas de sus colegas, lo mismo que sus fraudes o engaños. El médico respetará la ley y se compromete a promover modificaciones a disposiciones que fueran contrarias a los intereses bien entendidos del enfermo".

En nuestro medio se advierte una frecuencia alarmante en las violaciones al secreto profesional por parte de médicos que difunden al periodismo detalles clínicos, intimidades y hasta fotografías, sin que los tribunales de honor o las asociaciones médicas promuevan las sanciones que corresponden. La exigencia por parte de las obras sociales argentinas de que los médicos transcriban el diagnóstico en los recibos por consultas o prácticas, resulta inaceptable porque obliga a violar el secreto profesional. También los archivos de historias clínicas y la información acumulada en las computadoras de las instituciones, ponen al alcance de muchas personas los datos confidenciales y la intimidad de los pacientes.

DIVULGACIÓN MÉDICA

La información médica dirigida al público ofrece sin duda ventajas considerables en la educación sanitaria, en la prevención de enfermedades, en la desmitificación del cáncer, etc. Pero requiere una técnica apropiada no del todo sencilla, un lenguaje comprensible para quien va dirigido, porque de lo contrario la información puede ser contraproducente y lograr más mal que bien. Las cam-

pañás deben difundir datos útiles, pero también predisponer a actuar sin miedo, y su objetivo no es la transmisión del saber médico a la población. La profusión de conferencias y reportajes a veces confusos o contradictorios, como las discusiones públicas de temas que son patrimonio de ambientes científicos especializados, provocan daños y desprestigian a la medicina. Las polémicas sobre temas en discusión corresponden al ámbito de las asociaciones científicas o de las academias¹⁴. Debe existir una ética de la información que descarte la publicidad personal, y esa pretendida libertad irresponsable de publicar cualquier cosa sin medir el daño que se produce o la angustia que se genera con el charlatanismo médico, cuando se ofrecen tratamientos, operaciones o drogas sin seriedad científica.

Significa una grave falta moral la divulgación de temas médicos con características de sensacionalismo o de propaganda personal. A veces se profana la intimidad de los pacientes difundiendo datos sobre su estado, detalles sobre operaciones practicadas y hasta documentos gráficos obtenidos en quirófanos o en salas de terapia²¹¹. Es discutible la conveniencia de mostrar operaciones por televisión. Bien ha dicho Taverna Irigoyen¹⁸¹: "El silencio y la discreción serán los mejores ecos del acto médico. No debe perderse la autoridad buscando falsos prestigios popularistas".

El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina⁴⁷ dice que "la publicación de todo trabajo científico serio debe hacerse por medio de la prensa científica, siendo contraria a todas las normas éticas su publicación en la prensa no médica, radiotelefonía, etc. (Art. 77). Los artículos y conferencias de divulgación científica para el público no médico cuidarán de no facilitar la propaganda personal mediante la relación de éxitos terapéuticos o estadísticos, mencionando demasiado el nombre del autor o una determinada institución, o por medio de fotografías personales... o el acto de realizar determinada operación o tratamiento" (Art. 78).

Por otro lado el paciente quirúrgico debe recibir una información detallada y comprensible sobre el tratamiento al que será sometido. Debe conocer los riesgos, las molestias postoperatorias, el resultado estético, el tiempo de convalecencia. La Asociación Médica Americana incluyó en 1980 en el Código de Ética⁹ la obligatoriedad de informar adecuadamente al paciente y sus familiares. Dice que "el médico se compromete a ... poner a disposición de sus enfermos, de sus colegas y del público, toda información útil".

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El criterio ético exige que se informe detalladamente al paciente de los riesgos y complicaciones que pueden existir, pero también los cirujanos han expresado sus objeciones y sus dudas al respecto, considerando que en muchos casos la situación de inferioridad o de deterioro físico del enfermo, o su debilidad emocional, impiden una información minuciosa⁹⁷. En el esfuerzo del cirujano por persuadir al paciente y obtener su consentimiento, puede caerse en el llamado "paternalismo", donde el paciente cede, pero con cierta debilidad de su voluntad. Cuando los riesgos operatorios son grandes, el cirujano a veces retacea la información para obtener el consentimiento, y así se cae en el llamado "consentimiento no informado".

La solicitud de consentimiento puede en algunos casos, presentar dificultades, principalmente cuando¹²⁸:

- No se ha podido establecer un diagnóstico preciso ni indicar al enfermo aquello que se le debe hacer.
- Durante la operación el cirujano advierte la necesidad absoluta de extirpar algunos órganos cuya conservación el paciente había exigido con anterioridad.
- Existen diferencias de apreciación entre el enfermo y el cirujano sobre determinada manobra técnica.

En derecho se habla de "deber de explicación del cirujano", que consiste en informar al paciente con todo detalle las características del tratamiento quirúrgico que se le propone. Se ha discutido si corresponde explicar todos los riesgos, y existe en general el criterio de que esto no es indispensable²¹⁰. La ley 17.132 exige el consentimiento por escrito de los pacientes en caso de operaciones mutilantes, y si existe negativa, el cirujano debe explicar con detallada insistencia los peligros de tal negativa¹⁴³. Se acepta jurídicamente la acción del cirujano para salvar la vida de un paciente en peligro de muerte, aun en contra de la voluntad del paciente. Pero es inconstitucional tratar a un herido que no corre peligro, contra su voluntad²¹⁰. Si se somete a un paciente a una operación no curativa sin su consentimiento, se comete dolo por lesiones.

Jurídicamente se ha diferenciado bien el "consentimiento" del "consentimiento contractual". En el primer caso el paciente permite que el cirujano realice los tratamientos en busca de una curación, en el segundo caso el cirujano está obligado a un

buen resultado. En caso de incapacidad o minoridad del paciente, la ley establece que los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz, pero se entiende que esta conformidad debe cumplir el objetivo de curar al menor o incapaz, y que la patria potestad o la tutela no pueden ejercerse con abuso, siendo los intereses del incapaz los que determinarán la decisión del tutor¹⁸⁶. Por ejemplo, los padres no podrán imponer a su hijo menor una operación riesgosa e innecesaria, o a la inversa, impedir un tratamiento, operación, transfusión, etc., que sea indispensable para salvarle la vida.

La ley 21.541 de trasplantes autoriza a menores de 18 años a disponer de la ablación de un órgano de su cuerpo para ser implantado en otro, por propia voluntad, sin que se requiera la autorización del representante legal o tutor. El consentimiento escrito se solicita en el caso de operaciones mutilantes y en el caso de ablaciones para trasplante por decisión libre del dador y el receptor. En algunos casos el paciente lúcido puede negarse a consentir un tratamiento, configurando una forma de suicidio. Aquí se acepta jurídicamente la intervención del médico contra la voluntad del paciente, pero se plantea sin duda un conflicto de derechos, porque la voluntad del paciente es considerada primordial, verdadero "árbitro único e irremplazable de la situación". La doctrina afirma que "sobre el derecho a la libertad del paciente adquiere mayor trascendencia la tutela del derecho a la vida o a la salud... que resultarán resguardados por la intervención del médico"¹⁸⁶.

Una operación practicada contra la voluntad del paciente, en especial si es mutilante, podría considerarse comprendida en el delito de lesiones, y al cirujano se le presenta en estas ocasiones la disyuntiva de actuar o de respetar la negativa del paciente, que prefiere correr el riesgo. Sin embargo Jiménez de Asúa¹⁸⁹ considera que "si bien se encuentran reunidos los elementos típicos integrantes del específico delito de lesiones, no lo están los elementos generales que deben concurrir en toda infracción criminal... que se ven destruidas por el reconocimiento que el estado, en sus diferentes actividades, hace de la licitud de las intervenciones curativas y estéticas o por la justificación que se desprende de obrar en estado de necesidad para evitar un mal mayor".

El individuo jurídicamente no puede disponer de su cuerpo como si fuera un objeto, ni destruirlo bajo el amparo de la libertad para sí mismo. En situaciones de urgencia, grave peligro, embriaguez, depresión, suicidio, anorexia, etc., la voluntad del enfermo que no quiere ser tratado no exime al ci-

rujano de responsabilidad si se decide por una abstención que determine agravación o daño. Por otro lado una situación límite jurídicamente puede ser defendida en el terreno ético²⁴.

Al respecto, un análisis de 18 casos de testigos de Jehovah que rechazaron transfusiones¹⁹⁸ revela en Francia que los cirujanos actuaron con gran diversidad de criterios: convencimiento a los familiares, transfusión clandestina sin consentimiento, denuncia al juez, hemodilución extrema, evacuación de los pacientes en situación gravísima sin transfundirlos; 4 casos de transfusión clandestina durante la anestesia fueron reprendidos por la ley francesa. Se trata de un conflicto difícil, porque enfrenta la convicción religiosa del paciente y su libertad de elección, con la obligación que tiene el cirujano de salvarle la vida en una emergencia.

En la encuesta de este trabajo, los cirujanos argentinos han rechazado el abandono del paciente, y han preferido en estos casos comprometerse en alguna forma para lograr la administración de la sangre (Pregunta N° 6):

Pregunta N° 6

Un paciente se niega, por razones religiosas, a que se le administre sangre en una operación donde será indispensable la transfusión. ¿Qué debe hacerse?

	%
Rechazar el caso y derivarlo	28,5
Obtener el consentimiento de la familia y hacer la transfusión sin que el paciente lo sepa	50,7
Hacer la transfusión secretamente sin conocimiento del paciente y familia	14,8
Operar sin transfusión y dejar al paciente librado a su suerte	6

Existen antecedentes jurídicos y sentencias en nuestro país que justifican la intervención del médico o disponen la transfusión, en contra de la voluntad de los testigos de Jehovah⁹¹. Se argumenta que, si la transfusión es un mal para el enfermo, se trata de un mal menor con respecto a la pérdida de la vida, y no es punible el que causa un daño para evitar otro mayor. La abstinencia del médico en estos casos posiblemente lo haría responsable del delito de omisión, abandono de personas, lesiones u homicidio.

INVESTIGACIÓN CON PACIENTES EN CIRUGÍA

En la investigación científica no existe certeza absoluta; el conocimiento científico siempre es con-

jetural. Para algunos autores⁸⁸⁻⁹⁸ la relación médico-paciente tiene trascendencia especial en el ámbito de la investigación médica. El manejo de un tratamiento novedoso o de una operación en etapa de ensayo será aceptado por el paciente si su relación con el médico está fundada en confianza y en responsabilidad. La autocrítica modesta y sincera del médico es la mejor forma de evitar nuevos errores; la crítica de los otros médicos debe ser educativa, y alejarse de toda finalidad punitiva o denigratoria.

El problema de la investigación con pacientes se debate en la disyuntiva entre la libertad de investigar sin restricciones y la protección inviolable del individuo. El enfermo tiene todo el derecho a participar o rechazar su inclusión en una investigación. Para ello debe ser consultado y su decisión respetada. Se le informará con lenguaje comprensible sobre las características del proyecto, los riesgos y molestias que pueda sufrir. El dictamen del juez Schoeder⁷⁸ afirmó que: "Cada ser humano es dueño de su propio cuerpo, y está en su derecho si expresamente prohíbe la realización de una cirugía salvadora o de otro tratamiento. El médico puede sugerir que una operación o tratamiento es deseable o necesario, pero no puede sustituir con su juicio el deseo expresado por el paciente, usando procedimientos de artificio o de excepción".

Las operaciones nuevas se introducen con riesgos indudables y factores que superan en inseguridad a las pruebas de nuevos medicamentos. Los fármacos pueden ser evaluados previamente por largos estudios experimentales, se conoce bien su composición, la toxicidad, y en su empleo no participa la habilidad manual o la destreza técnica como en la cirugía. Cuando se comparan en forma aleatoria nuevas operaciones con antiguas ya consagradas, o métodos combinados de cirugía, radio y quimioterapia con operaciones de resultado bien conocido, es fundamental contar con el consentimiento informado de los pacientes y reunir los requisitos de las llamadas pruebas quirúrgicas aleatorias, de acuerdo a las siguientes conductas²³: "Una operación no debe valorarse en pruebas aleatorias antes que haya pasado el cruce del asentamiento. La técnica debe perfeccionarse, las cifras de morbilidad y mortalidad habrán de estabilizarse, y los cirujanos que participan con habilidad comparable, deben sentirse igualmente cómodos con todas las operaciones que se asignan o dedicarse a efectuar únicamente los procedimientos en los cuales son más aptos".

La adopción de tratamientos en experimentación debe ser restringida a casos en que los tratamien-

tos probados no ofrezcan eficacia. En tal sentido dice Tobías¹⁸⁷ que "el progreso de la medicina requiere cierta dosis de audacia. En esa evolución siempre llega el momento en que, luego de las experiencias del laboratorio, se debe aplicar al hombre el nuevo tratamiento, en donde siempre son posibles las sorpresas. Pero ello no puede llevar al eventual sacrificio del paciente en nombre de la ciencia. Todo dependerá de las circunstancias concretas; si el método permite confiar en una razonable esperanza de cura, y media el consentimiento del paciente, el acto será inimputable".

Hay autores que se oponen a una crítica o a un control de la investigación clínica, porque sostienen que limitarla significa circunscribirla en una regulación burocrática contraria al progreso. En un estudio realizado en Estados Unidos sobre investigación clínica no terapéutica⁶⁰, no hubo muertes en 93.000 pacientes utilizados; pero hubo 43 muertes (0,1%) en 39.000 pacientes utilizados en investigación terapéutica, es decir cuando se probaron métodos nuevos considerados beneficiosos como tratamiento. Para comparar, en Estados Unidos se practican 1.000.000 de amigdalectomías por año con una mortalidad de 300 niños por año aproximadamente. Este sencillo procedimiento tiene pues mayor mortalidad que la investigación clínica no terapéutica. También se ha visto que el abuso de la cirugía innecesaria lleva a mayor mortalidad que la provocada por la investigación.

Por lo tanto en la investigación clínica existe la restricción del riesgo, o bien el riesgo de la restricción. Sin duda la sociedad debe protegerse y controlar, pero es poco probable que este control sea mejor en manos de abogados o filósofos. El consentimiento informado del paciente es un método obligatorio para todo proyecto de investigación, pero a veces la prueba aleatoria exige al paciente una elección no racional del tratamiento, por falta de información o de conocimientos. Es una elección al azar, porque no se sabe cuál es el mejor procedimiento entre todos los que se prueban, como ocurre con protocolos novedosos en cirugía del cáncer. Cuando todos los procedimientos son de eficacia desconocida, el azar es por cierto éticamente aceptable, y aquí debe hablarse de "consentimiento" y no de "informado", porque no hay posibilidad de información⁷².

Tal vez el interrogante ético fundamental en investigación con pacientes sea: ¿cuál es el propósito y el objetivo del proyecto?⁶⁰⁻¹³⁷. El interés del paciente prevalece sobre el interés de la ciencia y de la sociedad. El riesgo debe ser bien evaluado. Los voluntarios suelen tener motivaciones altruistas o científicas, como en el caso de estudiantes y de

médicos autores de la investigación, pero muchas veces de necesidad por un beneficio financiero. Por eso se ha recomendado que el pago en tales casos no sea excesivo, para evitar los peligros de una verdadera dependencia económica³². Es importante establecer pagos razonables que sean adecuados a las molestias, a los riesgos, al dolor (punciones venosas, sondajes), y a la duración de la investigación.

Es verdad que el investigador no puede ser responsable por consecuencias que no sospechaba o de las cuales no tenía conocimiento. Pero tampoco puede cometer ligereza o imprudencia, alegando desconocimiento para descargar fácilmente la responsabilidad de los resultados. Es así que una investigación quirúrgica puede entrar en un terreno de peligro o transgresión. El cirujano científico no tiene derecho a justificarse por desconocimiento en una investigación perjudicial.

La administración de placebos y los estudios en doble ciego, excluyen la información al paciente, es decir que en estos casos hay consentimiento pero no informado. Este método requiere por lo tanto cuidados éticos extremos y un gran rigor en la prevención de daños.

La necesidad de reglamentar la investigación en seres humanos se inició con el código de Núremberg en 1947¹⁹, donde se establecieron algunos principios básicos que luego fueron ampliados en la Declaración de Helsinki de 1964⁵⁴. Allí se detallaron las normas que afianzan la libertad y la seguridad de los individuos sometidos a ensayos clínicos y a experimentación quirúrgica, la información al paciente sobre la naturaleza del riesgo, el consentimiento libre del paciente y su posibilidad de retirarse del experimento en cualquier momento. En la Declaración o Enmienda de Tokio de 1975⁵⁵ se recomendó la creación de comités de ética para revisar los protocolos de investigación, que deben ser rechazados para su publicación por parte de las revistas médicas, si no fueron previamente aprobados en dichos comités.

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas convocó en 1978 a una conferencia sobre "Experimentación médica y protección de los derechos humanos"⁴⁹, donde los delegados de 53 países y de 46 organizaciones establecieron que en ningún caso los protocolos de investigación pueden quedar librados para su desarrollo, al juicio o decisión de los propios investigadores interesados. En 1981 nuevamente este Consejo aprobó otras normas⁷⁰ donde se incluyen las medidas para protección de las personas en que se practican in-

vestigaciones, y los casos en que no deben realizarse experimentos no terapéuticos, como mujeres embarazadas o lactantes.

Las "Normas éticas para la realización de planes de investigación clínica"¹⁶³ publicadas por la Dirección del Hospital de Clínicas de Buenos Aires en 1985, establecen con claridad los requerimientos éticos para el desarrollo de programas y la participación de los voluntarios. Otros autores⁸²⁻⁸³⁻⁸⁴ coinciden en que el consentimiento informado debe incluir:

- Una explicación sincera de los procedimientos, características y propósitos de la investigación.
- Una descripción de las molestias y riesgos que razonablemente pueden esperarse.
- Los beneficios que pueden obtenerse.
- Una descripción de otros procedimientos alternativos que también pueden ser ventajosos para el paciente.
- La posibilidad abierta de hacer preguntas.
- El alcance de la privacidad de los archivos, y el secreto vinculado al paciente.
- La posibilidad de participar en forma discontinua o de retirarse en cualquier momento del proyecto, sin que ésto signifique perder el beneficio de otros tratamientos adecuados.
- Alguna medida de protección o especie de seguro contra los errores y perjuicios que puedan producirse al voluntario.

Cuando se publica un trabajo científico en cuyo desarrollo fue necesario el consentimiento informado de pacientes, conviene que los autores describan el proceso y los detalles, porque con ello promueven la educación ética en otros investigadores jóvenes.

Existen formularios aún más rigurosos y completos para el consentimiento informado; por ejemplo el Massachusetts General Hospital, además de los parámetros mencionados, incluye con todo detalle¹¹⁵: pruebas aleatorias, uso de placebos, posibilidad de internación, remuneración a voluntarios, cantidad de sangre a extraer, confidencialidad. La firma del paciente y de los investigadores al final del formulario, suscribe también un compromiso donde el paciente puede retirarse del proyecto en cualquier momento, y seguir siendo atendido normalmente en el hospital. Otra publicación de la

misma institución¹¹⁴, insiste sobre los requisitos para utilizar jóvenes menores de 18 años, la privacidad, la necesidad de que varios investigadores formados controlen el rigor ético del proyecto y la no aceptación de prisioneros como sujetos de investigación.

Se ha argumentado⁴⁵ que los prisioneros pueden ser usados en experimentación médica porque no tienen personería como para otorgar libre consentimiento. Existen 3 elementos primordiales en el afianzado principio del consentimiento: la información, la competencia para discernir y la decisión voluntaria. La información puede ser incompleta o difícil de entender; la competencia es imposible en muchos casos (niños, dementes, moribundos). Muchos experimentos deben practicarse en tales personas y allí existe el problema ético para su utilización. El consentimiento voluntario es a veces inducido por presiones emocionales o manipulaciones que obligan a una decisión, con lo cual deja de ser voluntario.

Por eso no es aceptable el uso de prisioneros o de enfermos mentales y el empleo de niños debe estar sujeto a condiciones impecablemente claras⁷⁸. El carácter autoritario de toda prisión hace imposible el consentimiento libre de los prisioneros. Existe sin duda un ámbito coercitivo que llevaría a un falso consentimiento voluntario. Además el cuerpo del prisionero pertenece ya a la custodia del estado, que debe garantizar la seguridad de su encarcelamiento. Por otro lado la pobreza de los prisioneros derivaría en un sometimiento contra el pago de dinero o beneficio. Su condición precaria es un factor que puede llevar a la inmoralidad. Por todas estas razones la experimentación con prisioneros es casi imposible desde un criterio ético, y excepcionalmente puede ser aceptada bajo controles muy rigurosos y supervisión de terceros no interesados¹⁸⁰.

También la investigación con estudiantes, que se observa con frecuencia en las escuelas de medicina, merece cuidados rigurosos por su situación de dependencia. El Código de Nüremberg insiste en que el consentimiento voluntario ofrecido para participar en un experimento debe ser otorgado en el libre ejercicio de decisión, "sin intervención de ningún elemento de fuerza, fraude o de otra forma ulterior de coerción"¹⁹.

Los cirujanos argentinos en la encuesta han opinado mayoritariamente en desacuerdo con la utilización de presos o soldados con fines científicos (Pregunta N° 7):

* La palabra "randomización" es un neologismo impuesto por el uso, pero no aceptado en la lengua española.

Pregunta N° 7

¿Pueden utilizarse a presos o soldados voluntarios para extraerles sangre con fines científicos a cambio de dinero o de libertad?

	%		%
Totalmente de acuerdo	18	}	2,3
De acuerdo			15,7
En desacuerdo	82	}	30
Totalmente en desacuerdo			52

PRUEBAS ALEATORIAS

En general los progresos quirúrgicos se basan en la aplicación de nuevas técnicas comparándolas con otras bien conocidas y consagradas. La cirugía oncológica ha demostrado que operaciones más limitadas y conservadoras pueden reemplazar a otras mutilantes, con los mismos beneficios. Pero esto significa que muchos pacientes han corrido el riesgo de perder la posibilidad de curación al recibir un tratamiento en etapa experimental⁶⁶. También aparecen dudas al aplicar un procedimiento quirúrgico nuevo en pacientes del grupo de control que reciben un placebo. ¿Es ética la "randomización" * en los protocolos quirúrgicos?^{53-116-131-21..}

En 1976 se inició en Inglaterra el Proyecto Nacional para Cáncer Mamario, para comparar la evolución en 3 series de enfermas tratadas con mastectomía, segmentectomía y radioterapia y segmentectomía sola¹⁸². El autor estudió los motivos por los cuales los principales cirujanos se negaron a participar en este proyecto cooperativo.

Respondieron un cuestionario 94 cirujanos con las siguientes razones y porcentajes:

- Al "randomizar" se lesiona la relación médico-paciente (73%).
- Hubo dificultades para obtener el consentimiento informado (38%).
- Hubo divergencias en la discusión sobre la evolución incierta (22%).
- Se estableció un conflicto entre el papel del científico y del médico práctico (18%).
- Existen dificultades prácticas para el seguimiento (9%).
- Habría una herida de conciencia si se encontrara que los tratamientos tienen desigual eficacia (8%).

En nuestra encuesta el 76,8% de los cirujanos decide efectuar pruebas de azar solamente con voluntarios (Pregunta N° 8):

Pregunta N° 8

Para ensayar un nuevo tratamiento quirúrgico alternativo en cáncer, es necesario randomizar a los pacientes, ¿qué conducta elige?	%
Se niega a randomizar	9,6
Randomiza sin explicar el proyecto a los pacientes	13,6
Randomiza sólo con voluntarios que acepten correr el riesgo	76,8

Sin duda en este problema no pueden existir normas esquemáticas, y la decisión depende del vínculo con el paciente y de la conciencia del cirujano.

CIRUGÍA EXPERIMENTAL CON ANIMALES

La investigación quirúrgica con animales ha dado origen a preocupaciones éticas estimulando largas discusiones entre los partidarios y los enemigos de la vivisección. Se critica a los antiviviseccionistas cierto sentimentalismo exagerado y la ignorancia sobre los verdaderos métodos de la investigación con animales. También se defiende el supremo propósito de la ciencia, la jerarquía moral de los cirujanos que buscan soluciones a problemas no resueltos, las condiciones humanitarias en que se realizan los experimentos evitando el dolor o el sufrimiento de los animales. El fondo del problema reside en un interrogante filosófico que ya preocupó a Aristóteles¹⁴⁰, referido al eventual poder y superioridad del hombre sobre los otros seres de la naturaleza. Ese privilegio del ser humano, implica justamente una obligación de respeto por la vida de los animales, que no deben ser excluidos del dominio moral y que sufren dolor o miedo en forma semejante a los seres humanos¹⁹⁷.

La aparición del hombre sobre la tierra, que muchos filósofos modernos consideran como catástrofe de la naturaleza, debe regresar hacia una búsqueda del equilibrio biológico y a una preservación respetuosa de la vida animal. En diversas legislaciones extranjeras⁷⁴ se ha indicado la protección de los animales en tareas experimentales, la ausencia de dolor o sufrimientos en cautiverio, la justificación de los ensayos sin exceder su número. También se ha propuesto evitar el sacrificio de especies raras o en vías de extinción.

En Alemania desde 1987, una nueva ley de protección a los animales considera especialmente el tema de la cirugía experimental⁵⁹. Entre 7 y 10 millones de animales mueren en Alemania cada año por trabajos de investigación. En 1984 fueron sacrificados 2.200.000 ratas, 57.000 conejos, 8.200 perros y 600 monos. La nueva ley exige un permiso especial para los experimentos con animales y en un 30% estos permisos son obligatorios. El otro 70% investiga bajo control, y se trata de proyectos donde no se sacrifica a los animales. También la ley prohíbe experimentos destinados al desarrollo de armas, a la publicidad del tabaco o de sustancias de limpieza. Toda institución que trabaja con animales debe estar supervisada por la Sociedad Protectora y por las Comisiones de Ética que emiten opinión. Se han promovido los estudios *in vitro* especialmente para cultivo de tumores y trabajos sobre cáncer. El premio anual 1986 del Ministerio de Salud lo recibieron 2 veterinarios de Gießen que demostraron la utilidad de cultivos de tumores para determinar estadios precoces de carcinogenicidad, sin necesidad de utilizar animales. El Profesor Niels Lüpke obtuvo en 1984 el Premio Nacional de Investigación, por encontrar un método en la membrana del embrión de pollo, que reemplaza a la conjuntiva del conejo en múltiples "tests"⁵⁹.

Todos estos datos revelan el cuidadoso interés que merece la utilización de animales en tareas experimentales.

El Consejo de la Sociedad Americana de Fisiología publicó recomendaciones para el empleo con bases éticas, de animales de experimentación¹⁰. Entre otras cosas aconseja:

- Que se usen animales adquiridos legalmente.
- Que en el cautiverio se los trate con consideración y confort.
- Que se les aplique anestésicos adecuados para anular el dolor y la sensibilidad durante las operaciones.
- Que no se usen relajantes musculares sin anestesia o analgesia.
- Que exista siempre la supervisión de un investigador formado, especialmente cuando los que trabajan son estudiantes.

La Sociedad también destaca que todos los trabajos que se difundan en sus revistas deben estar sujetos a los principios enunciados, y que los editores deben rechazar los escritos donde no exista evidencia de adhesión a tales principios.

CAPITULO III

IDENTIDAD Y PERTENENCIA

Los trasplantes de órganos ofrecen un buen ejemplo de que los problemas éticos pueden esclarecerse y llegar a soluciones aceptadas sin dificultad. En los primeros tiempos, hace unos 25 años, los trasplantes provocaban muchas objeciones morales y jurídicas, dudas, prejuicios, miedo a lo nuevo, y enfoques religiosos reticentes o contradictorios. Ahora el tiempo ha logrado afirmar esta técnica sobre la base de principios éticos claros y universales. Existen ya definiciones precisas sobre el momento de la muerte y la indicación de la ablación en el dador, sobre el manejo de los dadores vivos y su relación con el receptor, sobre la selección frente a la demanda de candidatos receptores y sobre los costos, beneficios y calidad de vida del que recibe un trasplante¹⁰³⁻¹⁴⁹⁻¹⁵⁴⁻¹⁸⁴⁻²⁰².

Mucho ha facilitado las cosas el consentimiento explícito del donante en vida, y en cambio está en discusión la posibilidad de extraer órganos del muerto sin donación o consentimiento previo en vida, porque esto significaría una mutilación del cuerpo, que es propiedad del fallecido, o para algunas religiones, es propiedad de Dios. En general se acepta que esta violación a la integridad del muerto es un mal menor en relación al beneficio que produce en otro individuo salvando su vida⁶². La ética debe decidir en cada caso entre el bien de la sociedad a través de un paciente restablecido o el respeto por la integridad del muerto.

También los trasplantes han dado origen a especulaciones filosóficas sobre la identidad, y han logrado llevar a cabo las fantasías mitológicas de los seres quiméricos convirtiéndolas en verdaderas quimeras biológicas. Los problemas jurídicos vinculados con la cesión de órganos y los derechos sobre el cuerpo vivo o muerto, enfrentan la idea de que el cuerpo humano es un elemento inviolable, del cual no se puede disponer como de una propiedad material o física. La idea del cuerpo como máquina en movimiento o quieta tiene su origen en la filosofía cartesiana y su ampliación hacia una idea de conjunto fisicoquímico de fenómenos, corresponde a la medicina materialista del siglo pa-

sado¹⁰⁶. En nuestro tiempo se ha incorporado una interpretación que considera al organismo como conjunto psicosomático, y donde la subjetividad está jerarquizada en el mismo nivel de valoración que el de los hechos objetivos y mecánicos.

La pertenencia del cuerpo difiere en interpretaciones religiosas y esto significa que el axiograma del paciente adquiere matices muy personales según su creencia e ideología. El criterio católico ha sido expuesto por el Papa Pío XII⁹², cuando expresó que "el médico no tiene más derecho a intervenir que el que el paciente le concede. El paciente por su parte, no tiene derecho a disponer de su existencia, de la integridad de su organismo, de los órganos particulares y de su capacidad de funcionamiento, más que en la medida en que el bien total del organismo lo exija". Al referirse a operaciones mutilantes considera lícita la extirpación sólo cuando "la conservación o el funcionamiento de un órgano particular en el conjunto del organismo provoca en éste un daño serio o constituye una amenaza; cuando este daño no puede ser evitado, más que por la mutilación en cuestión; cuando se pueda razonablemente dar por descontado que el efecto negativo, es decir la mutilación y sus consecuencias, será compensado por el efecto positivo: supresión de daños para el organismo entero, mitigación de los dolores, etc."

Existen otros enfoques religiosos que prohíben toda acción quirúrgica, científica o terapéutica, que interfiera en los procesos naturales rectores de la vida. Prohíben por ejemplo la cirugía o las transfusiones, porque violan los designios de Dios, único que puede disponer sobre los destinos de la existencia²². En el judaísmo primitivo posiblemente existió un criterio semejante, y por ello más tarde, para neutralizar estas ideas, en el Talmud aparece una autorización especial para que los médicos practiquen curaciones, y la Torá otorga al médico permiso para tratar heridas. El judaísmo acepta la acción médica mientras sea para provocar el bien del paciente, como imitación de la bondad divina que rige la naturaleza. El cristianismo de Teilhard de Chardin¹⁸³ coincide con estos principios cuando dice que "nuestra nobleza consiste en estar al

servicio del trabajo que se produce en el universo".

En la religión judía se considera que el cuerpo pertenece a Dios, y por lo tanto existe para cada ser humano la obligación de cuidarlo, de preservarlo, de vivir solamente donde hay atención médica, de evitar dañarlo¹⁵³. El Antiguo Testamento tiene numerosas alusiones a la obligación de curar, incluso el agresor a su víctima y el Deuteronomio indica al agresor: "le devolverás la propiedad perdida"⁵⁸. Se reconoce el valor de los cuidados médicos como una obligación religiosa, y si el médico no cumple sus servicios, es considerado como "derramar sangre". Según este criterio de que el cuerpo pertenece a Dios, existe la prohibición a las personas de mutilar su propio cuerpo, y por lo tanto no se aceptan las esterilizaciones, vasectomías, ligaduras de trompas y el aborto. El judaísmo rechaza todo intento de unificar las vidas y en cambio acepta la diversidad e individualidad. Aprueba las cirugías severas sólo si ayudan a recuperar la integridad del paciente, si ayudan a "emerger a la verdadera identidad de una persona"²².

Todos estos enfoques tienen que ver con los planteos éticos de la donación de órganos, de sangre, las mutilaciones y la cirugía ablativa. La extracción de un riñón sano a un dador voluntario significa sin duda una mutilación peligrosa y un riesgo para su futuro. Esta operación no trae ningún beneficio al dador, pero éticamente es aceptable tomando en cuenta cierto derecho de disponibilidad que tiene el ser humano sobre su cuerpo¹⁰¹. Esta disponibilidad debe ser espontánea, sin influencias o presiones sobre la decisión personal del dador, basada solamente en su generosidad. No puede haber retribución de ningún tipo ni transacción comercial. La ley 21.541 de trasplantes¹⁶⁰⁻²⁰⁷ prohíbe la comercialización de órganos y tejidos, y sanciona con prisión de hasta 5 años al que efectuara o prometiera pagos o compensaciones de cualquier tipo para el dador o para terceros, y a quien reciba cualquiera de estos beneficios o recompensas por donación de órganos y tejidos. El Art. 11 de la ley establece que debe informarse con claridad a los pacientes y donantes sobre los detalles de las operaciones, sus complicaciones y secuelas posibles, permitiendo la libre decisión y voluntad de cada uno. La situación puede ser delicada cuando se plantea la opción entre el padre y la madre, o cuando el dador es el hijo y el receptor uno de sus padres⁶³⁻¹⁹⁴.

También establece la ley que los médicos que atendieron al donante fallecido y los que certificaron su muerte, no pueden ser los mismos que

realicen el trasplante, para evitar superposición de intereses. El dador o sus herederos no deben afrontar gastos derivados de la operación.

Un grave problema en discusión es el de los anencefálicos nacidos vivos, que son considerados por algunos como donantes potenciales de verdaderos bancos de órganos¹⁵⁸. La ausencia de cerebro es equivalente a la muerte cerebral total, no sólo cortical, y los anencefálicos serían por lo tanto donantes ideales. La duda reside en su condición de seres vivos o muertos, según el criterio de la muerte cerebral y en la posibilidad de someterlos a ablaciones cuando aún tienen función cardiocirculatoria, reflejos y motilidad. En Suecia se ha llegado al aborto oficializado sacrificando la vida del embrión, y a utilizar luego sus tejidos cerebrales frescos para la experimentación en animales¹⁷⁹. Los Dres. Brundin y Seiger de la Universidad de Lund implantaron en ratas tejidos de embriones humanos de nueve semanas o menos para estudiar el mal de Parkinson.

Estos problemas de identidad y pertenencia de órganos están vinculados con el tema de la transfusión sanguínea. La Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea aprobó en 1978 y ratificó en 1980 el "Código de ética para donación y transfusión de sangre"¹⁷⁷, con el objeto de "definir los principios y reglas que ... deben formar parte de la legislación y reglamentos nacionales". Fácil es advertir que muchas de sus normas no se cumplen habitualmente en la práctica médica. Por ejemplo el Art. 1º dice: "la donación de sangre será voluntaria; no se ejercerá ninguna clase de presión sobre el donante". Muchas instituciones hospitalarias exigen como condición para la internación de pacientes el aporte de donantes; otras veces se ejercen presiones, condicionadas sin duda por la necesidad, para obtener sangre. También el Código declara que "la utilidad financiera no debe ser nunca un motivo para el donante ni para las personas responsables de recibir la donación". De acuerdo a este principio no sería lícito ofrecer dinero a un menesteroso, licencia a los soldados, libertad a los presos, contra la extracción de sangre. Si así fuera, ocurriría que un preso con buenas condiciones físicas, al donar sangre obtendría una libertad transitoria, y este premio que nada tiene que ver con el delito, no beneficiaría a otro preso enfermo o disminuido que no está en condiciones de donar sangre.

El Art. 4º dice que "es preciso respetar el anonimato entre el donante y el receptor, excepto en casos especiales". Muchas veces la falta de este anonimato genera situaciones de dependencia, culpa y sometimiento psicológico entre el donante y

el receptor beneficiado. La donación de sangre, al igual que la de órganos, no debe implicar discriminación de ninguna clase, ni significar una motivación financiera del médico que la indica o del hospital donde se realiza.

Es importante recordar que los materiales de estudios clínicos, elementos de biopsias, radiografías y análisis, pertenecen a los pacientes y no a los médicos o instituciones. Con el consentimiento del paciente, el médico o el hospital podrán guardar o archivar esos elementos, pero jamás retacear su entrega. No es ético que los enfermos deban repetir análisis, punciones y hasta biopsias, cuando cambian de médico o de hospital, o cuando se trasladan geográficamente de un lugar a otro. Al respecto los cirujanos argentinos han contestado en la encuesta de la siguiente manera (Pregunta N° 9):

Pregunta N° 9

Los portos o los tacos de una biopsia ¿a quién pertenecen?	%
Al patólogo que informó	16,1
Al cirujano que operó	4,2
Al paciente operado	55,8
A la institución (hospital, centro médico) donde se atendió	23,9

También el informe de la autopsia corresponde legítimamente a los familiares que lo solicitan y lo correcto es que el mismo cirujano responsable se ocupe de explicarlo en forma adecuada. El 59,2% de los cirujanos argentinos ha coincidido con esta conducta (Pregunta N° 10):

Pregunta N° 10

Si los familiares de un paciente suyo fallecido, le piden el informe de la autopsia, ¿qué actitud corresponde?	%
Que lo entregue el patólogo	17,2
Que un médico de confianza de la familia venga a recibir el informe	18,3
Entregar usted el informe a los familiares	59,2
Explicar a los familiares que no corresponde entregarles el informe	5,3

En relación con la identidad, las operaciones de cambio de sexo con extirpación de genitales y técnicas plásticas, tienen indicaciones discutibles y re-

quieren una autorización del juez competente, según lo dispone la ley 17.132¹³⁶. Antes de promulgarse esta ley eran consideradas lícitas y se les reconocía finalidad terapéutica, si el paciente las solicitaba. Lothstein⁹⁴ refiere alrededor de 70% de éxitos en los cambios quirúrgicos de sexo, pero sugiere cautela para interpretarlos, porque el seguimiento a largo plazo revela que, luego de un beneficio primario, muchos pacientes se convierten en transexuales secundarios y requieren psicoterapia. Por lo tanto la cirugía del cambio sexual debe tomarse en cuenta sólo como última posibilidad para un muy selecto grupo de pacientes. Cuanto más se va conociendo el mecanismo patológico de los transexuales, más se abandona la cirugía como tratamiento y seguramente en el futuro quedará reducida a situaciones excepcionales.

En cirugía de cara y cuello los problemas éticos tienen especial magnitud como consecuencia del desarrollo técnico y de las mutilaciones en esta zona corporal tan expuesta y tan comprometida con aspectos estéticos y funcionales⁴⁸. En esta especialidad el "derecho humano y civil básico" del paciente aparece con dramatismo, junto con la enfermedad que pone en peligro la vida y que requiere una cirugía muy agresiva.

LA MUERTE EN CIRUGÍA

Frente al enfermo grave o terminal los problemas éticos del cirujano se definen como un equilibrio entre "lo que debe hacerse en una situación grave y lo que no debe darse"¹⁷¹. La posibilidad de contar con procedimientos de salvataje no significa que deba mantenerse siempre la vida a toda costa. La muerte ocurre como un elemento más en la relación del médico con el enfermo, y los avances técnicos para prolongar la vida han provocado paradójicamente nuevos dilemas éticos y dificultades en la comprensión y en la definición de la muerte. La reanimación y el mantenimiento artificial de la vida crean una nueva imagen de la muerte, más confusa que la tradicional situación del enfermo moribundo en su lecho, rodeado de familiares y asistido por el médico hasta el momento final.

Este mantenimiento artificial de la vida constituye una nueva terapéutica destinada específicamente a postergar o reemplazar la muerte, olvidando muchas veces la enfermedad original. El problema ético aparece cuando el cirujano debe decidir sobre la prolongación artificial de la vida con máquinas y preparados que no garantizan un resucitamiento²⁰⁻¹¹⁰⁻¹³⁵. El enfermo es un "muerto viviente", y el médico debe decidir sobre el momen-

to de desconectar los aparatos, y a veces disponer sobre quién debe morir.

El momento de la muerte no es fácil de determinar en muchos casos; el problema se ha planteado sobre todo en el caso de la extracción de órganos para trasplantes. Las leyes han reglamentado tanto esta certificación de la muerte en el caso de los dadores cadavéricos, que resulta casi imposible practicar un trasplante con un órgano viable, de acuerdo a los requisitos que se exigen.

El paciente tiene derecho a morir en forma humanitaria en el seno de su familia, y a su vez la familia tiene derecho a expresar si desea o no un tratamiento intensivo o excesivo para el paciente, que no puede opinar¹⁷. Mazzei¹¹⁸ piensa que: "Acerca de la obligación del médico de aplicar a todo trance una terapia hasta la extensión de la vida biológica para alargar una vida absurda desde el punto de vista humano, no puede hablarse de omisión contraria al deber; es un alargamiento forzado en base a medios técnicos, pero absurdos desde el punto de vista humano". Los esfuerzos para predecir una muerte cerebral o definir los estados terminales, muchas veces resultan infructuosos o fracasan. La necesidad de suspender tratamientos para respetar la autonomía del paciente y la muerte con dignidad, puede enfrentarse con situaciones confusas donde la toma de decisiones resulta difícil. Se han publicado casos⁷⁶ de pacientes graves que pidieron la suspensión de tratamientos, pero cuyo estudio psicológico reveló ambivalencia, estado de depresión endógena con signos vegetativos, falta de información adecuada, diferencia de criterios y de percepción con los de su familia, ideas suicidas subyacentes determinadas por causas ajenas a la enfermedad, etc. Por lo tanto, el concepto de que nadie está más interesado en la recuperación del paciente que el paciente mismo, resulta algo ingenuo y relativo. Al respecto dice Baliña¹⁵: "Debemos conseguir que el dolor, la vejez, la enfermedad y la muerte, sean respetados como etapas del crecimiento espiritual para el que lo sufre, para su familia y para la comunidad... La elección final de un tratamiento le corresponde al paciente, así como decidir por sí, o a través de su familia, cuáles son los medios proporcionados o desproporcionados en su caso y si quiere permanecer en su casa o en el hospital. El dolor más intenso es la sensación de morir en soledad".

El encarnizamiento terapéutico aparece como conflicto ético cuando el cirujano utiliza todos los medios a su alcance y un exceso de técnicas posibles, en una actitud desesperada que lleva a una desmesura terapéutica. Es necesario respe-

tar la muerte. La cirugía, única violencia aceptable en medicina, no debe convertirse en un arte de matar. Esta terapéutica excesiva con operaciones o maniobras prescindibles, es peor que la enfermedad misma, y produce una muerte por encarnizamiento peor que la muerte natural del proceso biológico. Una formulación de Heisenberg²¹⁴ decía que: "el médico debe mantener y prolongar la vida tanto como sea posible. Pero no debe en ningún caso prolongar la muerte de un paciente". Por supuesto que en estas situaciones el aspecto económico no debe considerarse. Pero los costos de una terapia intensiva moderna pueden ser tan enormes que una familia, seguro médico o sanatorio, a menudo no pueden soportarlos. Al médico sólo interesa el aspecto humano, y debe preguntarse si es apropiado mantener una vida a todo precio, cuando ya para el enfermo no resulta más soportable¹⁸⁻⁹³⁻¹⁹³. Tal vez la solución es determinar el momento en que comienza la muerte como proceso en el tiempo, no como una separación tajante de la vida. En ese proceso lento de la muerte, la responsabilidad del cirujano regulará adecuadamente las medidas terapéuticas evitando el encarnizamiento.

Aquí se llega al problema de la eutanasia, que significa "buena muerte", pero que en medicina es una decisión deliberada de muerte o la eliminación de una persona viva¹¹⁸.

El médico debe aliviar los sufrimientos y dignificar la agonía, pero no tiene derecho a decidir la muerte del prójimo. No son justificables los argumentos que pretenden legalizar la eutanasia: deformidades infantiles, enfermedades incurables, graves alteraciones o patologías múltiples.

Las medidas de eutanasia activa facilitan o provocan la muerte y si bien pueden estar dirigidas a evitar sufrimientos de agonías sin esperanza, su fundamento consiste en anticipar la muerte en forma provocada, y esto se contrapone con la misión del médico. La eutanasia pasiva en cambio consiste en renunciar a la prolongación inútil de la vida mediante procedimientos artificiales, en una agonía sin posibilidad de recuperación. El médico no está obligado a prolongar la vida con medios técnicos en un paciente desahuciado y debe respetar la dignidad de su muerte. También el paciente tiene derecho a vivir su propia muerte, a rechazar medidas artificiales, a negarse a operaciones que no cambiarán el curso de su desenlace, a drogas o hidrataciones que alargarán su agonía. El cirujano no debe proponer operaciones sin posibilidad de mejoría o curación. Las reintervenciones o "second look" por curiosidad, para conocer

la situación de un organismo previamente tratado, son reprochables.

Antiguamente la eutanasia fue aceptada y la medicina hipocrática prohibía al médico que prestara asistencia a un suicida. La Sociedad para la Legislación de la Eutanasia Voluntaria fundada en Londres en 1935, proponía otorgar a todo individuo con enfermedad incurable o dolorosa, el derecho de terminar su vida voluntariamente con la ayuda de otros, previa consulta con su médico personal y otros expertos¹⁴⁷. Pero muchos argumentos se alzaron contra estas ideas, como la relatividad de las sensaciones del paciente, la dificultad para el médico obligado a actuar como experto, la amplia posibilidad de combatir el dolor sin recurrir a la muerte. Se ha discutido el límite de las indicaciones terapéuticas o quirúrgicas para no llegar a mantener una vida en estado de degradación. "El cirujano que practica mutilaciones de todo tipo ¿no se presta a la degradación de una vida que sin embargo desea mantener? El sentido de degradación se reserva a la personalidad humana y no solamente a los tejidos"¹⁴⁷.

En cirugía pueden darse varias modalidades diferentes de eutanasia¹³⁰:

- Aplicación de medidas quirúrgicas que alivian al moribundo sin acortar la duración de su vida. Esto es aceptable éticamente, porque se busca un beneficio, aun sabiendo que la curación es imposible.
- Aplicación de medidas que disminuyen los sufrimientos pero que acortan la vida. Esto puede ser considerado como homicidio, porque el médico no tiene derecho a acortar la vida con el pretexto de la búsqueda de alivio.
- Administración de una medida que provoque la muerte de un paciente incurable, para finalizar sus graves sufrimientos. Este hecho significa homicidio doloso, aun cuando el paciente pida o consienta su propia muerte.
- Abstención de tratamientos, para no prolongar la vida con sufrimientos graves en un paciente incurable. Si el paciente desea conservar la vida a pesar de tales sufrimientos, la omisión del médico significa homicidio. Si el paciente no lo desea o no puede pedirlo, surge un problema ético que la conciencia del médico debe resolver en cada caso. Será necesario buscar el justo equilibrio entre la obligación de conservar la vida y el respeto por un moribundo sufriente y sin esperanzas, para quien ya no tiene sentido un encarnizamiento que prolongue su agonía.

En un documento de 1980¹⁶⁶ la Santa Sede se ocupa de la eutanasia, definiéndola como "una acción o una omisión que por su naturaleza causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor". Y agrega que "nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante, ni pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros, ni ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo".

La ley judía acepta la eutanasia pasiva en circunstancias especiales, porque se deja librado a la voluntad divina el momento de la muerte, en cambio condena como asesinato a la eutanasia activa, porque nadie tiene derecho a destruir el cuerpo que es de Dios⁵⁸. El judaísmo acepta curar parcialmente una patología cuando no se puede curar otra enfermedad de base. Por ejemplo, esto significa que debe operarse una apendicitis aguda en un paciente con síndrome de Dawn, o corregirle una cardiopatía congénita, con la cual se prolongará su vida.

La exagerada utilización de medios técnicos más allá de lo razonable, puede llevar al cirujano a verse tentado a practicar operaciones innecesarias en situaciones terminales o mutilaciones extensas que producen mayor daño que el de la propia enfermedad. El cirujano debe detenerse en el momento lógico y reconocer los límites de su ciencia. La tenacidad encarnizada para prolongar la vida puede parecer hasta heroica, pero lleva muchas veces a un puro interés por el triunfo de la medicina, olvidando la protección humanitaria y respetuosa que el paciente necesita¹⁰¹.

En los hospitales con funciones docentes se ha propuesto hace poco tiempo un sistema de control para las órdenes de resucitación y no resucitación, con criterio educativo¹²¹. En el Hospital Hennepin de la Universidad de Minnesota, se cumplen normas llamadas de policía, cuya aplicación es decidida en equipo médico, en las cuales se resuelve la no reanimación cuando se trata de pacientes "con extremos sufrimientos en estado terminal o crónico, o cuando el elevado costo no justifica los tratamientos por la escasa posibilidad de recuperación esperada". Sostienen que no debe confundirse la orden de no resucitación con la de abandono de un tratamiento activo. Esta decisión debe ser consultada con los familiares en caso de incompetencia del paciente, y debe documentarse por escrito. Las leyes norteamericanas no han aclarado algunos puntos vinculados con los derechos del paciente, del médico y de los familiares, en cuanto a la resucitación y mantenimiento de la vida. Hay acuerdo en que el paciente tiene derecho al

consentimiento sobre los tratamientos que le impongan, y a rechazar métodos de diagnóstico, terapéuticos y operaciones y también al médico tratante. Está definido que los derechos de los familiares son secundarios a los derechos del paciente lúcido, cuya decisión es válida en primer término; la opinión o voluntad de los familiares queda para segunda instancia. La inoportunidad de la reanimación aparece cuando se indican procedimientos complejos y caros que resultan inadecuados, porque nada puede esperarse de ellos y porque agudizan los sufrimientos de un paciente terminal. Por ejemplo operaciones mutilantes o de gran envergadura en cuadros irreversibles, diálisis en pacientes con cáncer diseminado intratable, apoyo respiratorio o circulatorio en situaciones finales⁶³.

Recientemente el mundo médico alemán se ha conmovido con la petición del Prof. Julius Hackethal de la Universidad de Berlín, de autorizarlo a colocar un narcótico mortal pedido por una enfermera joven con cuadriplejía por sección medular y dolores intensos. El juez le ha prohibido esta "ayuda al suicidio", y ya este médico tiene un juicio fallado en su contra por haber facilitado veneno a una paciente de cáncer terminal con graves dolores, que se suicidó¹⁷³.

LÍMITES DE RECURSOS ¿QUIÉN DEBE VIVIR?

En principio la ayuda del médico no reconoce límites. Sin embargo se ha visto que el desarrollo científico nunca es positivo en forma absoluta, sino que aparece como ambivalente. ¿Hasta qué punto la acción del médico significa ayuda, y dónde se transforma en daño para la sociedad? La pregunta tiene indicaciones por ejemplo para la manipulación genética, que permitiría la construcción de seres humanos con características predeterminadas. ¿Dónde hay que detenerse? Con dietas y métodos modernos pueden mantenerse vivos niños que nacen con defectos genéticos que son hereditarios (fenilcetonuria). Por lo tanto la enfermedad progresa aritméticamente en las generaciones siguientes, y así un hecho positivo de la ética médica, como es salvar la vida de enfermos deficientes, se convierte en un atentado contra la descendencia de la especie humana. Lo que médicamente pretende ser positivo, resulta eugenéticamente destructivo¹⁸⁵.

Es el mismo problema que plantea la cirugía cardíaca en los mogólicos, que logra para ellos una sobrevivencia prolongada, vegetativa y cara para la sociedad que los mantiene. Algunos argumentos se basan en el respeto a la creación de la naturaleza

y sostienen que no es lícito alterar esa armonía provocando el desarrollo de seres imperfectos, para luego detenerse a contemplar el daño provocado sin ofrecer ninguna solución al nuevo problema creado. Si se piensa que lo recomendable es la profilaxis del daño, puede caerse en el tema de la esterilización. Pero el ser humano no puede ser considerado como simple objeto ni manejado como una cosa. Numerosas metáforas como la leyenda de Prometeo o la Torre de Babel advierten sobre el peligro de alterar las características de la creación natural.

La prolongación artificial de la vida no se justifica si se utiliza una medicina altamente técnica y costosa, para mantener en función a órganos aislados, en un individuo definitivamente inconciente y en situación final. La obligación del médico es mantener la vida; pero se entiende que no se trata de una vida biológica sino de una vida "humana". También es inevitable que el hombre deba morir, y por lo tanto existe un derecho del hombre a su propia muerte. Se habla de "calidad de vida", pero corresponde hablar también de "calidad de muerte".

Puede ocurrir que el cirujano se encuentre obligado a atender en un momento dado a muchos pacientes agudos, como sucede en accidentes masivos o cataclismos. El mismo problema de limitación aparece cuando no hay recursos suficientes para la atención de varios enfermos en forma simultánea⁷⁵⁻⁸⁹. Se plantea en estos casos la necesidad de una selección que resulta difícil o angustiante. Balaña¹⁵ propone para estos casos las siguientes preguntas: "¿Quién está en mayor necesidad de tratamiento y quién va a beneficiarse más del tratamiento?". Ya el cirujano Larrey, que practicaba hasta 200 amputaciones por día en el campo de batalla napoleónico, aconsejaba: "Los que están peligrosamente heridos deben ser atendidos primero, sin considerar en absoluto su rango o distinciones" *cit.*¹⁵. Aquí se advierte un principio ético primordial, porque el médico en principio debe ofrecer su ayuda sin discriminaciones, sin juzgar los méritos de las vidas que tiene en sus manos. Ambroise Paré estuvo a punto de ser asesinado en la noche de San Bartolomé, porque se dedicó a curar a los heridos de ambos bandos sin distinción ideológica. Consideraba que el médico no debe elegir, ya que su obligación es mitigar el dolor y combatir la muerte sin criterios selectivos. El rey Carlos IX lo salvó de la matanza ocultándolo en su dormitorio⁹⁶.

Para el médico toda vida es igualmente importante y debe ser salvada. No caben las distincio-

nes entre vidas útiles o productivas e inútiles o carga, porque el derecho a la vida está por encima de la utilidad materialista. "Nunca puede admitirse que se salve la vida de un hombre porque es o puede ser útil, sino porque es hombre", ha dicho Mazzei¹¹⁸.

En Alemania el mantenimiento de 1.500 dializados crónicos cuesta anualmente un millón de marcos. Se discute si, frente a otras necesidades fundamentales, se justifica que la sociedad aporte ese sacrificio¹⁸⁵. Aquí aparece el problema de la decisión, de la elección, que convierte al médico en verdadero juez. ¿Qué se tiene en cuenta y a quién se elige entre varios candidatos para un riñón artificial, para un respirador, un trasplante, o una operación de urgencia? ¿Se considera la utilidad para la sociedad, las mejores posibilidades de vida, la importancia o el significado de esa vida, la posibilidad del hombre en el proceso de producción, su potencial biológico, su juventud?

La religión cristiana rechaza las diferencias de calidad entre los hombres al decir que "los últimos serán los primeros y los primeros serán los últimos". El argumento equivocado es considerar que, con el riñón artificial no condenamos a muchos a la muerte, sino que salvamos a algunos para la vida. Cuanto más teóricos y económicos son los criterios de selección, mayor será el error ético. Más aceptable que las normas para reglamentar tales decisiones es el permanente interrogante de la conciencia, es la herida abierta que no debe cerrar en el médico, la duda propia de su condición humana. Quien toma la decisión teniendo en cuenta solamente el potencial funcional o la importancia del paciente, usa criterios claros y tiene una conciencia peligrosamente tranquila. Quien en cambio sufre por la dificultad de la decisión, vive en conflicto pero está sano en su núcleo moral.

También la tradición rabínica judía dice que "ninguna sangre humana es más roja que la de otro ser humano" y aconseja no elegir, dejando que la naturaleza decida sobre quién debe vivir o morir⁵⁸. Pero el Talmud indica que primero una persona debe salvarse a sí misma, luego que el hombre precede a la mujer, y el ilustrado precede al ignorante, aun cuando el ignorante tenga mejor condición social y el ilustrado sea un bastardo. No toma en cuenta la edad ni los beneficios utilitarios que el individuo ofrece a la sociedad.

Al respecto, los cirujanos argentinos en la encuesta eligieron en un 50% a la madre joven de

4 hijos para ser salvada, no atribuyeron preferencia a un artista, y solamente decidieron sortear en un 13,3% (Pregunta N° 11):

Pregunta N° 11

¿A quién elige para salvar la vida con un único respirador disponible, entre estas víctimas de una catástrofe, que lo necesitan?

	%
Madre joven de 4 hijos	50
Conocido y eminente artista	0,9
Niño de 15 años	23,2
Operario padre de 4 hijos	9,6
Sortear	13,3

Algunos científicos han expresado criterios de selección de la vida humana basados en factores económicos o de beneficio social, ajenos al valor intrínseco de la vida sustentado en ideas morales y religiosas²². El biólogo y Premio Nobel Francis Crick propone por ejemplo, una selección genética de la especie humana que se aproxima a terribles teorías racistas ya probadas en la historia de nuestro siglo. "No podemos continuar mirando la vida humana como sagrada", expresa. "La idea de que toda vida humana tiene un alma y que esta vida debe ser salvada a toda costa, no puede ser ya aceptada. Debiera mejor decidirse, por ejemplo, si un bebé recién nacido es un miembro aceptable para la sociedad. También podría ser deseable definir a una persona como legalmente muerta cuando pasara los 80 u 85 años, y en ese caso le sería prohibido utilizar equipos médicos costosos en caso de enfermedad"⁵².

Estos argumentos utilitarios, tan opuestos a la ética hipocrática, protectora de la vida sin discriminaciones, revelan la diversidad de opiniones que hoy domina el panorama de la conciencia médica. Se ha dicho¹¹⁸ que "las normas éticas no son establecidas por el moralista ni surgen de hábiles silogismos; se obtienen de la vida inductiva de la experiencia, por caminos que permiten lograr una vida humana plena y fecunda. La existencia humana concreta constituye la mejor prueba de las decisiones morales y de las ideas en que estas decisiones se basan; la ética lleva en sí misma su propia confirmación".

La cirugía cardíaca en pacientes con retardo mental presenta por ejemplo controversias legales, económicas y éticas. Ya se advierten algunas opiniones que se refieren al control de costos y proponen una legislación para tomar las decisiones clínicas⁶⁷. Por ejemplo: es aceptable usar los re-

cursos existentes para un reparo electivo de un defecto septal en un paciente asintomático, en lugar de usarlos en una emergencia de revascularización en un paciente sintomático con riesgo de infarto. Pero si el paciente asintomático es un retardado mental y el sintomático es un hombre joven que mantiene una familia, el problema se hace delicado. El ideal es que el cuidado de la salud de deficientes mentales no se vea comprometido, y que las decisiones para el manejo de esos pacientes estén basadas en juicios clínicos y no en prejuicios. Muchas veces se destina para el tratamiento de estas personas a médicos o enfermeras de bajo nivel y poca experiencia, lo cual no es éticamente adecuado.

La cirugía geriátrica plantea conflictos semejantes, porque en ella difícilmente puede hablarse de éxitos terapéuticos. Tampoco la noción de "calidad de vida" es adecuada². Los resultados de la cirugía geriátrica deben evaluarse críticamente teniendo en cuenta la expectativa de vida y la mortalidad propia de la patología senil. Muchos progresos médicos, y entre ellos los de la cirugía geriátrica, han creado problemas económicos y alteraciones demográficas. Pero la obligación del médico es promover los progresos sin considerar la presión económica que esto pueda representar. Si los economistas o los políticos opinan que estos costos son exagerados, ellos deben estudiar las soluciones en su área. Los médicos tienen el derecho de desechar esos argumentos económicos, que no se justifican en relación con los objetivos superiores de la medicina. Al antiutilitarismo rescata los derechos individuales inviolables, que no están sujetos a los cálculos financieros o beneficios estadísticos.

VERDAD Y MENTIRA

La administración de la verdad al paciente es uno de los conflictos que el cirujano afronta en su práctica cotidiana. El paciente requiere información exacta, pide saber para entender. Esa información lo alivia a pesar de su posible realismo doloroso, fortifica su confianza en el cirujano, ahuyenta los elementos persecutorios y la incertidumbre. La ley de la verdad es inobjetable pero el enfermo no siempre está en condición de escucharla. Pueden emplearse lenguajes diversos según las características de cada caso, atenuar las palabras, silenciar ciertos datos, sugerir, insinuar y permitir que el paciente saque conclusiones propias. Además la verdad absoluta no existe en medicina y la evolución favorable de algunos casos prueba que un pronóstico ominoso puede ser equi-

vocado. "Parece que el camino de la verdad pasa por los errores"¹⁴⁷.

Montaigne, que tanto se ocupó de los médicos, no aceptaba la mentira piadosa, pero admitía que a los médicos pertenece el derecho de manejar la verdad y la mentira en forma discreta, ya que las promesas influyen en la salud⁹⁵. Ha dicho Osvaldo Loudet⁹⁶ que: "El deber de la sinceridad, de la verdad, debe ser superado por el deber de humanidad, de caridad, y éste no puede cumplirse sino mediante el artificio de una mentira. Existen pues, mentiras vitales, que dan vida, que prolongan la vida, inspiradas en el bien, en la bondad, en la compasión, en el amor. Esas mentiras dan vida y debe utilizarlas el médico como una medicina moral". Y cita la frase de Voltaire: "la mentira sólo es un vicio cuando hace mal, pero es una gran virtud cuando hace el bien".

No hay contradicción en todo esto; debe informarse con verdad al paciente, pero administrar esa información para que sea terapéutica y no ocasione mayor daño ni mayor dolor. Opina Alonso⁶ que "el médico dirá la verdad si de este modo aporta al bienestar del paciente; si no es así, la reservará". Pero agrega otro argumento adverso: "todo ser humano exige que se atienda más a su dignidad que a su felicidad y por lo tanto el médico está obligado a no privarlo de la verdad acerca de su enfermedad". La opción entre ambos criterios puede resultar difícil y lo adecuado es tratar cada caso según sus características individuales, sin someterse con rigidez a algunas de las conductas opuestas, para beneficiar al enfermo con una verdad que no lo angustie o desespere, pero que al mismo tiempo le permita sentirse respetado y que ratifique su confianza en el médico.

Frente al paciente moribundo o con mal pronóstico, Selvini¹⁷⁵ enumera 3 posibilidades: 1) no decir la verdad, porque sería cruel aumentar las angustias del enfermo, ya que el miedo a la muerte es universal; 2) decir la verdad, porque el enfermo tiene derecho a conocerla para disponer con realismo de su tiempo y adoptar decisiones importantes, y 3) decir la verdad a los que puedan soportarla y callarla a los que sean incapaces de tolerarla.

Lo importante pues es que el médico administre la información con inteligencia, con afecto y protección, sin abandonar al paciente en una verdad cruda, ni engañarlo con una falsedad que provoca desconfianza. La mentira no es necesaria y tampoco la verdad descarnada, ambas aumentan el daño. Al informar, el médico puede mostrarse crítico, preocupado, realista, pero siempre ofreciendo

alguna esperanza, protección y compañía. "Se debe hablar al paciente con un lenguaje apropiado a su entendimiento y condición intelectual", ha dicho Zenker²¹⁴. "Todo lo que se diga, naturalmente debe ser verdad, pero no todo lo que es verdad necesariamente debe ser dicho. Nunca se quitará al paciente una última esperanza".

Lo indicado es adecuar el lenguaje a la estructura axiológica del enfermo, a sus creencias, aspiraciones y características de personalidad. "Nunca se deberá agredir a una persona con una verdad que no esté preparada para recibir"²⁰⁵. Pero la "mentira piadosa" o el silencio provocan daños morales profundos, el paciente pierde la confianza en todo el cuerpo médico y no se siente respetado como persona. Como dice Steinberg¹⁷⁸: "Si el enfermo necesita de la mentira, miente".

PRONÓSTICO

Nada más difícil que augurar el futuro en medicina, porque las infinitas contingencias y variables convierten a todo en relativo. A veces una información sincera sobre el pronóstico de una enfermedad o de una operación, provoca disgusto en el paciente, que decide cambiar de profesional. Cuando se pide al cirujano que defina con toda exactitud el pronóstico o la evolución de una operación, un optimismo exagerado puede ser irresponsable, y un pesimismo severo puede ser agresivo o repugnante para el enfermo y su familia, que desean escuchar cosas agradables. Muchas veces el cirujano asume el destino de la profetisa Casandra o del Laoconte, que murió estrangulado junto con sus hijos por prevenir los peligros del caballo de Troya. En cirugía nada puede prometerse con total seguridad; el pronóstico deberá ser claro, pero reservando un amplio margen a las dudas y destacando la inexactitud de los procesos orgánicos. El Código de Ética Médica de los Estados Unidos¹⁴⁷ de 1883 decía: "un pronóstico grave puede ser legítimamente disimulado al paciente. Un pronóstico fatal le será revelado sólo con la mayor circunspección. Pero debe ser informado generalmente a la familia. El paciente puede prohibir esta revelación o designar a los terceros para que la reciban". Aquí ya se relacionan los temas de la veracidad del pronóstico, con el del secreto médico.

El cirujano incurre en grave falta ética cuando atribuye a la operación que ha efectuado mayores beneficios que los verdaderos, y cuando aumenta su prestigio impresionando a pacientes y familiares con el relato de proezas inexistentes, mostrando las piezas anatómicas extirpadas o revelando detalles técnicos deslumbrantes.

INTERCONSULTA

Hipócrates ya estableció el criterio ético que rige la indicación de la interconsulta. Uno de sus aforismos dice¹³⁸: "Nada malo sucede si un médico se encuentra perplejo ante un enfermo. Si por su insuficiente experiencia no ve claramente la situación, debe llamar a otros médicos en consulta. Los médicos que se encuentran reunidos en consulta nunca deben disputar entre sí, ni ridiculizarse mutuamente".

Las normas publicadas por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas en 1985¹⁶⁵ hacen referencia a la necesidad de facilitar la consulta:

- Solicitar una consulta cuando se comprende que la situación del enfermo no es solucionable por los conocimientos propios.
- Acceder prontamente al requerimiento de otra opinión médica a pedido del enfermo o sus familiares, sin enojos o discusiones.
- No señalar los errores que pueda haber cometido el médico que lo trató anteriormente.

La encuesta a los cirujanos argentinos reveló una conducta tolerante y permisiva en casos de consulta, ya que solamente el 3,7% elige retirarse del caso rechazándola, cuando la considera innecesaria (Pregunta N° 12):

Pregunta N° 12

Los familiares de un paciente proponen una consulta, pero usted considera que no es necesaria y se siente seguro en el manejo del caso, ¿qué hace?

	%
Propone usted al otro colega	15,3
Deja que los familiares elijan al otro y se reserva el derecho de aceptarlo	81
Se niega a aceptar la consulta por innecesaria y se retira del caso	3,7

La omnipotencia del cirujano puede llevar a resultados fatales, especialmente en casos complicados y difíciles. La interconsulta es una expresión de modestia y de honestidad intelectual. Al referirse al orgullo del médico escribía Gregorio Aráoz Alfaro¹⁵¹: "Nada hay más perjudicial para el médico que la convicción de su propia suficiencia. El que se cree en posesión de la verdad definitiva, descansa en el error tranquilo y seguro".

HONORARIOS

En la antigüedad los cirujanos vivían de la caridad pública o cobraban honorarios fijos con un sueldo oficial. Los servicios quirúrgicos fueron durante siglos poco reconocidos en los pagos, lo que revela su escasa significación dentro de las actividades profesionales. Así por ejemplo, en los aranceles establecidos por ordenanza en 1781 en la Ciudad de Buenos Aires²⁰⁸, se fijaba lo siguiente:

- por visita a medianoche: 1 peso,
- por amputación de una pierna: 1 peso,
- por visita que dure 6 días: 6 pesos por día,
- por operación compuesta, como amputación de 2 piernas: 4 pesos”.

Es conocida la imagen que aparece en algunos trípticos populares, del médico que ha curado a un paciente y acude a cobrar sus honorarios: la familia y el paciente ven al médico transfigurado en diablo, en figura maléfica. Existe una idea generalizada de que el médico debe trabajar gratis, del “sacerdocio” sin recompensa material. En otras actividades humanas se admira a quienes hacen fortunas o ganan mucho dinero con su profesión: artistas, cantantes, empresarios. Pero esto no es bien visto en el médico, a quien se exigen honorarios moderados que no lo hagan rico.

Pero “el médico no puede vivir de simbolismos ni de agradecimientos etéreos. La subsistencia reclama una adecuada y oportuna retribución material, que debe ser valorada y fijada por el propio médico y no por computadoras oficiales o gremiales”¹⁵².

El honorario forma parte del llamado “contrato de asistencia médica” y su monto debe ser acordado previamente a la operación entre el cirujano y el paciente, o bien fijado por las instituciones. Si no ha existido un acuerdo previo, de todos modos el Código Civil⁴⁴ en su Art. 1627 establece que deben retribuirse los servicios profesionales. En caso de desacuerdo entre las partes, esos honorarios serán fijados teniendo en cuenta los aranceles existentes, que podrán ser modificados en más o en menos por las partes o por sentencia judicial. En esa sentencia se tomará en cuenta la jerarquía del cirujano, la importancia de la operación practicada y la situación económica del enfermo²⁰⁸.

El cirujano puede prestar sus servicios gratuitamente, pero desde el punto de vista jurídico el parentesco o amistad del cirujano con el paciente no obligan o implican la gratuidad de la atención. La obligación de pagar los honorarios médicos

prescribe a los 2 años a partir del momento de efectuada la operación. Si se demuestra que ha existido culpa del cirujano en un daño sufrido por el paciente, éste quedará libre de la obligación del pago.

La tradición moral señala que no deben cobrarse honorarios al colega, su esposa, sus hijos menores y los padres o hermanos que están a su cargo. Al médico que no ejerce la profesión y que se ocupa de otras actividades o negocios, en forma optativa el cirujano podrá cobrarle⁴⁶. También en el caso de asistencia a colegas, existe el sistema de la reciprocidad. Por ejemplo es correcto que un cirujano cobre honorarios a un psiconalista ya que la inversa es hábito corriente. El Código de Ética de la Confederación Médica Argentina⁴⁷ recomienda un entendimiento decoroso con el paciente en materia de honorarios, asistencia gratuita en casos de parentesco, amistad, pobreza o colegas, y búsqueda de soluciones privadas antes de acudir a recursos judiciales.

En la encuesta, los cirujanos argentinos eligen conductas generosas que coinciden con los criterios antes enunciados (Pregunta N° 13):

Pregunta N° 13

¿En cuál de estos casos considera adecuado cobrar honorarios quirúrgicos? (Pueden marcarse varios casilleros).

	%
Esposa de un médico que no ejerce y vive de rentas	66,5
Esposa de un psiquiatra	45,1
Esposa de un sanitarista	14,3
Esposa de un clínico general	5

(Cada alternativa es sobre el 100 %)

En nuestro país se ha desarrollado con aceptación alarmante la práctica de la dicotomía o participación de honorarios. Ya Bernardo Houssay¹⁵¹ advertía hace 6 décadas que: “en los últimos años muchos médicos aceptan con frecuencia asociaciones de dicotomías, siempre dañinas, a la corta o a la larga, para ellos y para los enfermos”.

Es una modalidad autóctona, también conocida con variantes en otros países latinoamericanos, pero imposible de justificar o comprender en las sociedades del mundo occidental desarrollado. La magnitud del sistema provoca dificultades de trabajo a los cirujanos que no lo practican, quienes más de una vez reciben la crítica de un médico que esperó en vano una recompensa por la derivación de su paciente.

En la encuesta a los cirujanos, la supuesta legalización del ana-ana es aprobada por un 34,3% y rechazada por un 65,7% de opiniones (Pregunta N° 14):

Pregunta N° 14

La práctica de la dicotomía de honorarios (ana-ana), ¿debería legalizarse?			
	%		%
Totalmente de acuerdo	34,3	<	10,1
De acuerdo		<	24,2
En desacuerdo	65,7	<	24,5
Totalmente en desacuerdo		<	41,2

El hábito está institucionalizado ya por numerosos laboratorios, farmacias, centros de radiología, etc., que compiten en los porcentajes de las comisiones que pagan en forma automática; pero como pasa con muchas otras cosas, es un tema del cual no se habla, aceptado como realidad inmovible por nuestro conformismo.

La participación o partición de honorarios está reñida con la ética. Si han participado varios médicos en la asistencia al paciente, los honorarios se presentarán separados o en conjunto, aclarando los nombres de los profesionales. El pago o la percepción de porcentajes derivados de la prescripción de estudios complementarios, medicamentos, prótesis, radioterapia y el pago a intermediarios o corredores, constituyen actos de violación a la ética y a la dignidad profesional, también penados por la ley como delito de asociación ilegal, y sancionados por numerosos códigos de ética en la Argentina ¹²⁻¹³⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁵⁰.

CONDUCTA DEL CIRUJANO EN EL QUIRÓFANO

En el quirófano se desarrolla un verdadero ritual que los cirujanos cumplen automáticamente, pero que asombra a los profanos ⁷⁹. Existen fundamentos técnicos indudables, pero la observación del conjunto ofrece características ceremoniales que José A. Mainetti ¹⁰² ha interpretado con enfoques antropológicos: "Son ceremonias en las cuales un comportamiento expresivo, simbólico, predomina sobre el comportamiento práctico, ... racional y científico. Es adecuada la descripción de la técnicamente sofisticada cirugía, como una liturgia o quirofanía ritual. Recinto definido cual un templo, espacio demarcador de lo puro y lo impuro, ... indumento e instrumental sacerdotales de los protagonistas, liturgia del drama operatorio, ... con sus silencios solemnes y licencias eclesiásticas para el chiste y la anécdota". Tal vez el rito ayuda a cumplir el acto de violencia que comporta la cirugía, a tolerar el riesgo, a conjurar la muerte, a penetrar en el cuerpo dormido y entregado siempre como en los viejos sacrificios.

Algunos cirujanos caen en una especie de trance agresivo durante toda la operación, y promueven un clima desagradable donde hay lugar para la grosería y la violencia. Muchas veces el paciente ingresa al quirófano sin que nadie le hable o lo salude, pero ese paciente recordará en el futuro alguna frase cordial o la sonrisa de la instrumentadora. La demora o postergación de operaciones provoca un daño emocional muy severo en el paciente y constituye una de las fal'as éticas más frecuentes en cirugía.

La serenidad, el silencio, un espíritu de tolerancia y de ayuda mutua, son condiciones que fortalecen la verdadera autoridad del cirujano, fundada en estos procederes éticos y no en rigores de tipo disciplinario.

CAPITULO IV

EDUCACIÓN DE LA ÉTICA EN CIRUGÍA

La medicina hipocrática ha promovido a través de los siglos una educación ética en base a modelos de identificación, al espíritu de generosidad y sacrificio que exige la conciencia, a normas arraigadas en las costumbres del médico y aceptadas por la moral tradicional. Pero la cirugía moderna presenta situaciones conflictivas, muchas de ellas aún no esclarecidas, para las cuales ya no son suficientes las conductas aprendidas con el buen ejemplo y con los códigos deontológicos¹¹⁹⁻¹⁵². La ética en cirugía a pasado a ser motivo de estudio, de investigación y de enseñanza. Numerosas referencias indican que la bioética se enseña con programa en facultades de medicina de Europa y los Estados Unidos, dentro del ciclo curricular de pregrado²⁶⁻³³.

Todo esto es muy nuevo y aún no existen criterios unánimes sobre los enfoques y programas de enseñanza que escapan a los planteos técnicos propios de la medicina, para penetrar en el mundo de las humanidades¹³². Es cierto que todo pertenece a lo mismo, a la cultura y a la labor del hombre, y por lo tanto no puede separarse lo científico de lo humanista, ni debe creerse en la objetividad absoluta de la ciencia frente a la subjetividad de la ética. El tiempo ha demostrado notoriamente en las últimas décadas que la ciencia médica no es tan exacta ni tan neutra, porque siempre existe algún compromiso ideológico, emocional o subjetivo en su práctica. Por su parte el pensamiento ético depende de creencias individuales a veces arbitrarias, pero allí no todo es subjetivo, ya que permite definir muchos procedimientos y conductas fuera de toda relatividad. El conocimiento de los códigos deontológicos no es suficiente, y por eso la ética médica debe incorporarse a la programación universitaria, y agregarse como un contenido más a los cursos de graduados sobre temas quirúrgicos y a los cursos de formación de especialistas.

Los estudiantes de medicina de la Universidad de Ottawa⁸⁵ organizaron y dirigieron por propia iniciativa en 1982 un Simposio sobre Bioética, donde invitaron a diversos expertos para tratar temas

conflictivos, preocupados por las dificultades que se presentan para tomar decisiones en la práctica médica. En especial examinaron las cuestiones relacionadas con las indicaciones y contraindicaciones de la alta tecnología en el diagnóstico y tratamiento. Pero estos ejemplos son aún excepcionales, y sin duda la educación actual en las facultades de medicina insiste en los contenidos técnicos sin incluir los aspectos éticos y humanistas de la ciencia médica.

La mejor forma de enseñar la ética es con el ejemplo, es educando con formación, más que enseñando la información. "Los alumnos se forman a imagen y semejanza de quienes los aducan", ha dicho Andrés Santos¹⁶⁸. "Por eso cada acto médico exige no sólo conocimiento científico y tecnológico, sino la actitud ética adecuada. Quienes no se desempeñan así, quienes se permiten aun ocasionales licencias de inmoralidad en sus acciones como profesionales y también como docentes, no están capacitados para enseñar y no se les debe permitir hacerlo... Sólo hombres rectos pueden enseñar con rectitud".

COMITÉS DE ÉTICA

Los comités de ética comenzaron ya en 1950 como grupos de control sobre investigaciones clínicas, para proteger la seguridad y el bienestar de los pacientes. Con el correr del tiempo sus funciones fueron extendidas a la vigilancia de todas las actividades médicas, y se integraron con profesionales no médicos, abogados, filósofos, religiosos, educadores, con un sentido multidisciplinario para el análisis de los problemas⁸⁰. Los comités participaron como asesores, consultores, y en especial educadores, en las decisiones con fundamento ético dentro de la práctica médica y quirúrgica. Su integración y desarrollo puede interpretarse como una necesidad más de buscar la reflexión moral en medicina, y de neutralizar los daños de la tecnología con sus secuelas de deshumanización y de malpraxis¹⁰³.

En general existe acuerdo en el sentido de que los comités de ética no deben ejercer tareas discipli-

narias o autoritarias, sino solamente dictar normas, sugerir, proponer y vigilar las conductas para una medicina con bases morales. No se trata pues de tribunales de honor, ni de comités de disciplina profesional, ni de cortes judiciales. Por la escasa experiencia mundial son organismos que aún no tienen un perfil definido y uniforme. Diversos modelos se han propuesto y el tiempo irá esclareciendo sobre las verdaderas funciones y los beneficios de su acción. En Estados Unidos solamente el 1% de los hospitales generales tienen comités de ética en actividad, mientras que en Alemania existen en todos los hospitales universitarios¹⁵⁷⁻¹⁵⁹; sin presencia de filósofos, que solamente actúan en los comités generales o nacionales.

El primer hospital argentino que contó con un comité de ética fue el de Clínicas de Buenos Aires, creado por resolución de diciembre de 1984. Entre otras funciones se propuso: "investigación y control sobre casos de maltrato, postergaciones, demora, falta de información, exámenes innecesarios, sufrimientos evitables, operaciones suspendidas, agresiones, etc., que eventualmente pueden sufrir los pacientes y el público en el hospital; enseñanza permanente de conductas y actitudes éticas a

los jóvenes graduados que se encuentran en programas de educación médica; definición de conductas éticas en temas especiales, tales como investigación en el niño, investigación farmacológica, estudios en cadáveres, estudios prenatales, concepción, investigación experimental en animales, etc."¹⁶².

Los comités de ética deben analizar todos los proyectos de investigación quirúrgica y difundir las normas con criterio docente para lograr consenso y evitar las trabas burocráticas o las trampas infractoras¹⁷⁴. Existen modalidades donde las decisiones pueden ser opcionales o imperativas dentro de una institución. Lo que no debe ocurrir es que todo quede en complicaciones administrativas que mortifican y demoran, sin cumplir la verdadera función de resguardo ético que se necesita¹⁹.

Por otra parte se ha criticado a los comités de ética, argumentando que vulneran el secreto del acto médico y la privacidad de los pacientes, que estimulan los pleitos y que constituyen un nuevo elemento perturbador dentro de la ya compleja organización donde actúan los médicos.

CONCLUSIONES

En otros tiempos el cirujano trabajaba de acuerdo a normas firmes y elementales, aceptadas por todos. No había dudas en reconocer lo que estaba bien y lo que estaba mal, en esa actividad guiada por una ética deontológica de beneficio concreto. Pero los adelantos de la cirugía superan hoy el tradicional objetivo terapéutico y crean numerosos dilemas éticos que crecen con magnitud superior a la de sus soluciones. La tranquilidad del cirujano se ha empañado con la angustia que deriva de su duda frente a muchos conflictos morales inéditos, para los cuales no existe respuesta inmediata. En todo el mundo médico y también en nuestra Asociación Argentina de Cirugía, se advierte un interés extraordinario por el análisis de estos conflictos nuevos y una demanda por normatizar los criterios y las decisiones.

Pero los códigos de ética, la enseñanza de normas legales y deontológicas, al igual que este relato, son insuficientes y no pueden por sí solos ofrecer recetarios de conductas. No existen los catálogos de comportamiento, porque en medicina las situaciones tienen matices individuales y a menudo sugieren diversos tratamientos. Puede ocurrir que varias soluciones sean aptas para un mismo problema, o también que no exista ninguna totalmente aceptable. El médico debe saber que corre el peligro de enfrentar situaciones para las cuales aún no hay respuesta. Los filósofos han acudido para colaborar, pero ellos tampoco pueden aisladamente ofrecer soluciones mágicas a todos los problemas de la medicina moderna. Por eso necesitan trabajar junto a los médicos, para conocer la realidad y discutir los fenómenos en un diálogo integrador.

Pareciera que solamente la actitud de los que trabajan con honestidad, la influencia de modelos o arquetipos, el ejemplo personal de los grandes maestros y la convicción de la propia conciencia,

pueden mejorar las cosas y facilitar un trabajo con fundamentos éticos. Es necesario recordar que las conductas morales no siempre aseguran un beneficio utilitario o una posibilidad de recompensa; son válidas por sí mismas, tienen un sentido superior y deben practicarse voluntariamente sin especular con su resultado. La ética busca objetivos de justicia individual y no responde a los argumentos utilitarios que pretenden el mayor bien para la mayoría de los pacientes, sin considerar los valores personales.

En medicina la ética no exige decisiones rápidas y siempre está en cuestionamiento, porque no es obligatoria ni logra una respuesta única en cada caso. La diversidad de opiniones ayuda a pensar y puede ser útil en el hallazgo de soluciones. El esfuerzo está en lograr conductas puramente éticas y criterios universales ajenos a enfoques parciales de tipo religioso, político o jurídico.

La técnica nos muestra lo que se puede hacer, la ética lo que se debe hacer. Solamente es apta una tecnología con bases morales que logre neutralizar las presiones económicas, la politización de la medicina y la creciente ingerencia de las leyes que obligan o prohíben, limitando cada vez más la libertad del médico.

La relación médico-paciente y médico-médico, es decir la relación de persona a persona, ha hecho que los médicos se preocupen con mayor inquietud de la ética individual que de su vínculo con la sociedad. Sin duda lo fundamental es preservar al individuo. De lo contrario, la masificación de los actos médicos, el abuso de una tecnología que convierte en objeto al paciente sujeto, llevan a un deterioro de la relación afectiva y humana entre el médico y el enfermo. Esto deriva en conflictos, especialmente cuando se agrega algún fracaso terapéutico y es la causa principal de las demandas cada vez más frecuentes a los cirujanos.

El médico debe respetar los juicios de valor y los caracteres culturales, confesionales y afectivos del paciente, su realidad social y familiar, es decir el perfil axiológico individual, para adaptar a ellos las modalidades terapéuticas.

Las normas legales se basan en principios éticos esenciales, y en medicina lo ético y lo jurídico se superponen mucho más que en otras actividades. Pero los dictados de la conciencia superan al derecho y el cirujano definirá situaciones en soledad, de acuerdo a su convicción moral, porque las leyes muchas veces le resultarán insuficientes. Pero también lo moral y lo legal pueden llegar a enfrentarse y los argumentos jurídicos a veces logran neutralizarse con principios éticos. El conformismo permisivo conduce a menudo a leyes que se acomodan a nuevos hábitos inmorales consagrados por el uso, aceptados colectivamente, pero que corresponde rechazar. Los códigos de ética resultan insuficientes porque sólo ofrecen consejos, de tal modo que la responsabilidad legal está justificada porque los complementa, para resarcir el daño en el terreno jurídico. Pero una excesiva reglamentación perturba la necesaria libertad de conciencia del cirujano y limita su actividad en temas controvertidos. Cuanto más compleja es la cirugía que se practica, mayor es la responsabilidad por sus consecuencias.

Los argumentos que han pretendido negar la responsabilidad pública del cirujano, pierden valor frente a la necesidad de proteger al paciente cuando es víctima de una malpráctica. Porque la medicina no es una ciencia exacta, pero ofrece criterios consagrados y normas consideradas como verdaderas, que permiten detectar las actitudes incorrectas y evaluar el daño provocado.

En definitiva, pareciera que la ética en la cirugía actual persigue como objetivo básico la preservación y el respeto por los valores individuales del paciente. Por encima de otras preocupaciones, una cirugía ética busca reducir las molestias, el dolor, las demoras, los estudios y operaciones innecesarios, que pueden evitarse porque no ofrecen beneficios. Por eso también el secreto profesional adquiere hoy especial significado y se insiste en que la confianza de un delincuente indefenso que se entrega al cirujano, tiene un valor superior al de la obligación legal de denunciarlo. La función del médico es ayudar al prójimo sin condicionamientos, cualquiera sea su característica, y no juzgar su conducta privada. Muchas opiniones insisten en combatir las frecuentes violaciones al secreto mé-

dico y a la privacidad, que se advierten en el periodismo y por las exigencias de diagnósticos en los recibos de las obras sociales.

Esta preservación respetuosa del individuo enfrenta a veces confusas alternativas. Por ejemplo, la pertenencia del cuerpo presenta variantes éticas que dependen de conceptos personales y religiosos. Existen ideologías y religiones que prohíben la cirugía, las transfusiones, o la mutilación de cadáveres para trasplantes, porque violan los designios de Dios. El consentimiento informado adquiere aquí trascendencia y se relaciona con el respeto por una voluntad del paciente. En este marco la bioética pretende esclarecer los enfrentamientos: si el paciente niega el consentimiento y con ello pone en peligro su vida, el cirujano está autorizado a actuar violando esa voluntad, porque el cuidado de la vida tiene un valor superior al respecto por la libertad del paciente y no es punible el que causa un daño para evitar otro mayor.

Todos los problemas relacionados con la libertad, la voluntad y la pertenencia del paciente han sido esclarecidos en la última década mediante el análisis filosófico. Por ejemplo, hoy se acepta que los materiales de estudios clínicos, biopsias, radiografías, pertenecen al enfermo, que no corresponde retacear su entrega o exigir su repetición cuando cambia de médico o de hospital, y que las autopsias deben ser informadas por el cirujano de cabecera a los familiares que las solicitan. También la donación de órganos o de sangre debe ser espontánea, sin influencias sobre las decisiones, sin recompensas o pagos, permitiendo la libre voluntad de cada uno y preservando el anonimato. No es moralmente lícito ofrecer dinero, o libertad a los presos, o licencia a los soldados, como premio por la extracción de sangre.

El otro tema fundamental de la bioética se vincula con la protección de los pacientes incluidos en proyectos de investigación, a través de normas que ya están consagradas en códigos internacionales, donde se garantiza la seguridad del secreto, el consentimiento de los voluntarios, la posibilidad de retirarse del proyecto sin perder el beneficio de otros tratamientos y la prohibición de usar prisioneros, soldados o enfermos mentales. En este campo también pueden surgir contradicciones entre las ventajas de las pruebas aleatorias para el progreso médico y su legitimidad moral.

Finalmente el problema de la muerte digna destaca su interés en el panorama actual de la éti-

ca médica, porque todo ser humano tiene derecho a una buena muerte y el mantenimiento artificial de la vida con el empleo de aparatos o tratamientos sin esperanza, se convierte en una absurda prolongación de la vida. El llamado "encarnizamiento" aparece cuando el cirujano aplica un exceso de técnicas posibles, de operaciones innecesarias, que lleven a una inútil desmesura terapéutica peor que la enfermedad misma, a una muerte artificial en lugar de la muerte natural y biológica. También en este aspecto resulta difícil legislar y las precisiones depende de múltiples variables en cada caso.

Todo conduce a la personalización de los actos médicos. Ningún museo del mundo ofrece la vi-

sión completa del arte, sino una gama de variedades y de sugerencias que enriquecen el espíritu del observador. Del mismo modo, el cuerpo legal o la normativa de la bioética solamente proponen conductas y orientan la búsqueda de una medicina que llegue a ser aceptable, además de eficiente.

En definitiva asistimos hoy a un cuestionamiento del tecnicismo, que ha neutralizado la omnipotencia del cirujano, llevándolo por otras necesidades hacia una saludable preocupación humanista. Es el principio de una nueva época destinada a dignificar los actos médicos, a recuperar el prestigio desvanecido, a estimular el pensamiento para lograr una ética del individuo, elaborada en los procesos íntimos y solitarios de la conciencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Abel F.: *Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad*. Labor Hospitalaria, 196: 101, 1983.
2. Achtslogh J.: *Aspect moral et ethique de la chirurgie de l'octogenaire*. Acta Chir. Belg., Supl., 90: 5, 1983.
3. Albarracín Teulón A.: *Historia de la ética en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 15.
4. Albarracín Teulón A.: *La terapéutica, problema de la medicina actual*. Quirón, 12 (3-4): 165, 1981.
5. Allende V.: *Medicina y emoción*. Tesis de doctorado, U.B.A., Ed. Sagalés, Bs. As., 1943.
6. Alonso H.: *Problemas éticos en la práctica clínica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 161.
7. Alsina Atienza D.: *La carga de la prueba en la responsabilidad del médico. Obligaciones de medio y obligaciones de resultado*. Jurisprudencia, III: 587, 1958.
8. American College of Surgeons: *What you should know about the growing malpractice crisis*. Folleto, Chicago, 1986.
9. American Medical Association: *Principios deontológicos en Estados Unidos*. Informaciones Roemmers, X, 53: 4, 1981.
10. American Physiological Society: *Guiding principles in the care and used of animals*. Am. J. Phys., 238: 1, 1980.
11. Apel K.: *Estudios éticos. III) Necesidad, dificultad y posibilidad de una fundamentación filosófica de la ética en la época de la ciencia*. Ed. Alfa, Barcelona, 1986, pág. 105.
12. Asociación Argentina de Cirugía: *Código de ética y deontología del cirujano*. Bs. As., 1982.
13. Asociación Médica Argentina: *Código de ética*. Rev. A.M.A., 89: 17, 1976.
14. Assal J., Châbrier A. y Dominicé P.: *Algunos aspectos de la información médica. (Mesa redonda)*. Orient. Méd., 30, 1256: 133, 1981.
15. Baliña L.: *Aspectos éticos vinculados con la muerte*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Rommers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 169.
16. Baliña L.: *Comunicación personal*. Hosp. Clínicas, Bs. As., 1985.
17. Baliña L.: *La defensa del derecho a morir*. Iatria, 46: 17, 1975.
18. Baliña L.: *Muerte, eutanasia y distanasia*. Obstet. y Ginecol. Latinoamer., 38: 177, 1980.
19. Bazerque P.: *Ética en la investigación científica en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 135.
20. Belbey J.: *Responsabilidad médica*. Rev. A.M.A., 72 (12): 503, 1958.
21. Beck J., Pauker S., Gottlieb J., Klein K. and Kassirer J.: *A convenient approximation of life expectancy. II) Use in medical decision-making*. Am. J. Med., 73: 889, 1982.
22. Bokser B.: *Problemas en la ética biomédica: una perspectiva judía*. Judaism., 24: 2, 1975.
23. Bonchek L.: *Papel de la prueba clínica aleatoria en la valoración de nuevas operaciones*. En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 767, 1982.
24. Bonjean G., Bouchard J., Foustier P., Perrin N., Piot G. et Lery N.: *La dimension éthique du problème*. Médecine Hygiène, 42: 1184, 1984.
25. Borda C.: *Problemas de la culpa contractual*. La Ley, Doctrina, 111: 925, 1984.
26. Bresnahan J.: *The ethicist in clinical surgical education*. Bull. Am. College Surg., 69 (5): 8, 1984.
27. Bruno A.: *Secreto médico*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 83.
28. Bustamante Alsina J.: *Extensión de la reparación en la responsabilidad objetiva*. La Ley, C: 1024, 1979.
29. Bustamante Alsina J.: *Prueba de la culpa*. La Ley, Doctrina, 99: 886, 1982.
30. Bustamante Alsina J.: *Responsabilidad civil del médico por omisión de asistencia*. La Ley, Jurisprudencia, A: 408, 1980.
31. Bustamante Alsina J.: *Responsabilidad civil de los médicos en el ejercicio de su profesión*. La Ley, Jurisprudencia, C: 63, 1976.

32. Butler J.: *Is it ethical to conduct volunteer studies within the pharmaceutical industry?* Lancet 1978, p. 816.
33. Callahan D. and Bok S.: *Ethics teaching in higher education*. In: *The Hastings Center series in ethics*. Ed. Plenum Press, New York, 1980.
34. Cámara de Apelaciones Civil y Comercial de San Martín: *Sentencia del 28-9-1979*. La Ley, Jurisprudencia, A: 408, 1980.
35. Cámara Civil 2ª de la Capital: *Sentencia. Naturaleza de la responsabilidad médica y término de prescripción de la acción resarcitoria*. Jurisprudencia Argentina, 74: 525, 1941.
36. Cámara del Crimen de Santa Fe: *Sentencia del 3-10-1977*. La Ley, Jurisprudencia, C: 172, 1979.
37. Cámara Nacional de Apelaciones del Trabajo: *Fallo Nº 51773 del 25-3-1986*.
38. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil: *Fallo Nº 85.020.205 del 7-5-1985*.
39. Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal: *Sentencia. Responsabilidad de los profesionales. Médico*. Jurisprudencia, III: 587, 1958.
40. Cámara Nacional en lo Civil: *Sentencia del 19-12-1977*. La Ley, Jurisprudencia, C: 19, 1979.
41. Cámara Nacional en lo Civil: *Sentencia del XII de 1977*. Jurisprudencia Argentina, 77: 246, 1978.
42. Campoamor C.: *Responsabilidad médica por daños*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, 67: 54, 1939.
43. Carmi A.: *La ética debe ser voluntaria*. Foro Mundial de la Salud, 3-4: 417, 1982.
44. *Código Civil de la República Argentina*. Ed. Zavallía, Bs. As., 1986.
45. Cohen C.: *Medical experimentation on prisoners*. Perspectives in Biology and Medicine, 21 (3): 357, 1978.
46. Colegio Argentino de Cirujanos Cardiovasculares: *Código de ética*. Ed. Suturas Ethicon, sin fecha.
47. Confederación Médica de la República Argentina: *Código de ética*. Rev. A.M.A., 89: 17, 1976.
48. Conley J.: *Ethics in head and neck surgery*. Arch. Otolaryngol., 107 (11): 655, 1981.
49. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas: *Project on ethical review committee for biomedical research involving human subject*. Ginebra, 1976.
50. Consejo Profesional de Arquitectura y Urbanismo: *Código de ética profesional*. Ley 14.467, Bs. As., 1965.
51. Corte Suprema de Justicia de la Nación: *Fallo Nº 840.000.059 del 29-3-1984*.
52. Crick F.: *Impacto social de la biología. Conferencia en el University College de Londres*. Nature, 220 (5166): 429, 1968.
53. Chalmers T., Smith H. (Jr.), Ambroz A., Reitman D. and Schroeder B.: *In defense of the randomized control trial of coronary artery surgery*. Clin. Res., 26: 230, 1978.
54. *Declaración de Helsinki*. Crónica de la OMS, 19: 30, 1965.
55. *Declaración de Tokio*. Bandbook Medical Ethics, Br. Med. Assoc., 1980, pág. 60.
56. De la Fuente H.: *Obligaciones de medio y de resultado. Lo positivo y lo negativo de la clasificación*. La Ley, Doctrina, A: 712, 1980.
57. Do Pico A., Cortecchi L. y Riú J.: *Responsabilidad profesional penal de los médicos*. Rev. Fac. Med., Univ. del Salvador, 4: 51, 1986.
58. Dorff E.: *Elige la vida: una perspectiva judía de ética médica*. Maj Shavot -5-. Univ. Papers, University Judaism, IV: 1, 1985.
59. Drösser C.: *Hünereien statt Kaninchen*. DAAD Letter, Hochschule und Ausland, 2: 16, 1987.
60. Eisenberg L.: *The social imperatives of medical research*. Science, 198 (4322): 1105, 1977.
61. *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren T. Reich, Free Press, Macmillan, New York, 1978.
62. Feinberg J.: *The mistreatment of dead bodies*. Hastings Center Report, 15: 1, 1985.
63. Firmat J.: *Transplante de órganos; terapia intensiva, indicaciones y limitaciones*. En: *Ética en Medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 195.
64. Flexner A.: *Medical education in the United States and Canada*. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, New York, 1910.
65. Fuenmayor A. de: *Las influencias de las leyes civiles en el comportamiento moral. La valoración del conformismo ambiental*. Bol. Soc. Argent. Ética y Moral Méd. y Biol., 2-3: 9, 1981.
66. Gehan E. and Freireich E.: *Non randomized controls in cancer clinical trials*. N. Engl. J. Med., 290: 198, 1974.
67. Goldhaber S., Reardon F., Goulart D. and Rubin I.: *Cardiac surgery for adults with mental retardation. Dilemmas in management*. Am. J. Med., 79 (4): 403, 1985.
68. Goldschmidt R.: *Alrededor de la responsabilidad civil del médico*. La Ley, 59: 273, 1950.
69. Gütgemann A.: *Über ärztliche Verantwortung in der Chirurgie?* Münchner Mediz, Wochenschrift, 7: 14, 1967.

70. Gutteridge F.: *Experimentación con seres humanos y ética médica. Normas internacionales para la investigación biomédica practicada en seres humanos*. Educ. Méd. y Salud, 16 (2): 183, 1982.
71. Kaynal A. y Garrone G.: *La entrevista médico-paciente*. Folia Psychopractica Roche, II, Nº 4, 1981.
72. Horwitz R. and Feinstein A.: *Methodologic standards and contradictory results in case-control research*. Am. J. Med., 66: 556, 1979.
73. Ibarlucía A. y Baños H.: *Daños y perjuicios. Responsabilidad profesional. Culpa del médico*. La Ley, 4, 23-11-1959.
74. Institute of Laboratory Animals Resources: *Guide for the care and use of laboratory animals*. National Research Council, EE.UU., 1977.
75. Iserson K., Sanders A., Mathieu D. and Buchanan A.: *Ethics in emergency medicine*. Ed. Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1986.
76. Jackson D. and Youngner S.: *Patient autonomy and death with dignity*. N. Engl. J. Med., 301 (8): 404, 1979.
77. Jonas H.: *Technik, Medizin und Ethik*. Ed. Insel, Frankfurt, 1987.
78. Katz J.: *Human rights and human experimentation. Experimentation with human beings*. Russell Sage Foundation, New York, 1972.
79. Katz P.: *Rituals in the operating room*. Ethnology, XX (4): 335, 1981.
80. Keenan C.: *Ethics committees: trend for troubling times*. Hosp. Med. Staff, 2: 6, 1983.
81. Kramer C.: *Medical malpractice: the patients point of view*. New York State J. Med., 86 (7): 348, 1986.
82. Ladimer I.: *Rights, responsibilities and protection of patients in human studies*. J. Clin. Pharmac., 7: 125, 1967.
83. Ladimer I.: *Risk and benefit in human research. Care of patients with fatal illness*. Ed. Withe, New York, 1969.
84. Ladimer I.: *Social responsibility in clinical investigation*. Medical Science, 1967, p. 32.
85. Last J.: *Los estudiantes tienen clara conciencia de los nuevos dilemas éticos (Debate)*. Foro Mundial Salud, 3-4: 422, 1982.
86. Laufs A.: *La conciencia como instancia médica desde la perspectiva jurídica*. Universitas, XIX (2): 73, 1981.
87. Leriche R.: *Filosofía de la cirugía III. Porvenir de la cirugía*. Día Méd., 73: 3103, 1950.
88. Levine R.: *Ethics and regulation of clinical research*. 2ª Ed., Urban and Schwarzenberg Ed., Munich and Baltimore, 1986.
89. Lo B. and Schroeder S.: *Frequency of ethical dilemmas in a medical patient services*. Arch. Int. Med., 141: 1062, 1981.
90. López Bolado J.: *El secreto profesional de los médicos y el deber de denunciar delitos*. La Ley, Jurisprudencia, C: 172, 1979.
91. López Bolado J.: *Los médicos y el Código Penal*. Ed. Universidad, Bs. As., 1981.
92. López Medrano C., Obiglio H., Pierini L., y Ray C.: *Pío XII y las ciencias médicas*. Ed. Guadalupe, Bs. As., 1961, pág. 178.
93. Lorenzino G.: *Aspectos morales. Terapia intensiva*. Relato 44º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1973, pág. 74.
94. Lothstein L.: *Sex reassignment surgery: historical, bioethical and theoretical issues*. Am. J. Psychiatry, 139: 417, 1982.
95. Loudet O.: *Humanistas y médicos en el Renacimiento*. Ed. Nova, Bs. As., 1961.
96. Loudet O.: *Vida y espíritu del médico*. Ed. Kraft, Bs. As., 1952.
97. Macklin R.: *Dilemmas of informed consent for surgery*. Bull. Am. College Surg., 67 (7): 6, 1982.
98. Mc Intyre N. and Popper K.: *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*. Br. Med. J., 287: 1919, 1983.
99. Mc Sherry C.: *Seguridad de la calidad y práctica quirúrgica*. En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 757, 1982.
100. Mainetti J. A.: *Bioética y genética*. Quirón, 17 (1): 36, 1986.
101. Mainetti J. A.: *El médico frente al derecho del hombre sobre su cuerpo*. Cuadernos Inst. Humanidades Méd., La Plata, 1: 25, 1973.
102. Mainetti J. A.: *Ética en el quirófano*. Quirón, 17 (1): 5, 1986.
103. Mainetti J. A.: *Guía de funciones del programa de investigaciones bioéticas. (Introducción a la bioética)*. Quirón, 18 (1): 42, 1987.
104. Mainetti J. A.: *Introducción a la bioética. La fundamentación de la ética biomédica*. Quirón, 18 (1): 7, 1987.
105. Mainetti J. A.: *La crisis de la razón médica*. Cuadernos Hispanoamericanos, 446: 255, 1987.
106. Mainetti J. A.: *La filosofía del cuerpo humano en la cirugía actual*. Cuadernos Inst. Humanidades Méd., La Plata, 1: 19, 1973.
107. Mainetti J. A.: *La muerte en medicina*. Introducción. Quirón, La Plata, 1978, pág. 26.
108. Mainetti J. A.: *La otra cara de la medicina*. Quirón, 11 (4): 101, 1980.

109. Mainetti J. A.: *Las humanidades médicas y la filosofía de la medicina*. Quirón, 6 (1): 89, 1975.
110. Mainetti J. A.: *Problemas filosóficos en la cirugía actual. Vida y muerte en cirugía. (Conferencia)*. III Curso Clínica Quirúrgica, Mendoza, 1971.
111. Mainetti J. A. y Bertomeu M.: *La fundamentación de la ética biomédica*, Jano, 26: 54, 1985.
112. Mammoni O.: *Responsabilidad civil del cirujano*. Folleto Cátedra de Cirugía C., Univ. La Plata, 1986.
113. Marañón G.: *En torno a la formación del médico y su ética profesional*. Rev. Círculo Univ. Sudoeste, VI (69): 5, 1939.
114. Massachusetts General Hospital: *Guiding principles for human studies*. 3ª Ed., Boston, 1981.
115. Massachusetts General Hospital: *New consent form format. Subcommittee on human studies*. Boston, 1986.
116. May G., Demets D., Friedman L., Furberg G. and Passamani E.: *The randomized trial: bias in analysis*. Circulation, 64: 669, 1981.
117. Mazzei E.: *Ciencia, técnica y ética en la era actual*. Rev. A.M.A., 57: 6, 1980.
118. Mazzei E.: *Ciencia y técnica en la era actual*. Med. Alemana, XXI (11): 2305, 1980.
119. Mazzei E.: *La deshumanización de la medicina*. Prensa Méd. Argent., 57: 13, 1970.
120. Michel-Bichet R., Lortat-Jacob J., Cerbonnet G., Moreaux J. et Chigot P.: *La vocation chirurgicale (Coloquio)*. Médecine de France, 1964.
121. Miles S., Cranford R. and Schultz A.: *The do-not resuscitate order in a teaching hospital*. Ann. Int. Med., 96: 660, 1982.
122. Moore F.: *Potencial humano quirúrgico: realidad pasada y presente, y cálculos para el año 2000*. En: *Asistencia quirúrgica para la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 579, 1982.
123. Moore F.: *Surgical streams in the flow of health care financing. The role of surgery in national expenditures: wath costs are controllable?* Ann. Surg., 201 (2): 132, 1985.
124. Mosset Iturraspe J.: *Responsabilidad civil del médico*. Ed. Astrea, Bs. As., 1979.
125. Naciones Unidas: *Demographic yearbook*. Fomento Social, 29: 179, 1974.
126. National Association of Insurance Commissioners: *Malpractice claims report*. Milwaukee, 1977.
127. Navajas Mogro H.: *La muerte en el quirófano*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 169.
128. Ody F.: *Testamento de un cirujano*. Luis de Caralt Ed. 1ª Ed., Barcelona, 1855.
129. O'Keefe D.: *Efforts of the Medical Society of the State of New York to effect medical liability reform*. New York State J. Med., 86 (7): 339, 1986.
130. Olszak J.: *El homicidio eutanásico*. Monografía, Bs. As., 1985.
131. Organización Mundial de la Salud: *Protección de los derechos humanos en los experimentos médicos*. Crónica OMS, 33: 367, 1979.
132. Orgaz J.: *El humanismo en la formación del médico*. Ed. Lozada, Bs. As., 1977.
133. Parmer M.: *Ethics of a professional surgeon*. Bulletin Am. College Surg., 67 (7): 2, 1982.
134. Patig G.: *Hechos, normas u proposiciones*. En: *Ética y ciencia*. Ed. Alfa, Barcelona y Caracas, 1986, pág. 167.
135. Pauker S. and Kassirer J.: *The threshold approach to clinical decision making*. N. Engl. J. Med., 302: 1109, 1980.
136. Pellegrino E.: *The ethical implications of changing patterns of medical care*. N. C. Med. J., 26 (2): 1, 1965.
137. Pérez Miravete A.: *Principios éticos en investigación experimental con seres humanos*. Bol. Of. Sanit. Panamer., Reseñas, 1981, pág. 1547.
138. Pérgola F. y Okner O.: *Historia de la medicina*. Ed. Médicas, Bs. As., 1986.
139. Perino F.: *Les conquêtes de la chirurgie*. Folleto Acad. Nationale Médecine, París, 1975.
140. Pivetta O.: *Ética en la investigación científica en la medicina. Animales de laboratorio*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 145.
141. Poggi V.: *Responsabilidad médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 71.
142. Rancich A., Gelpi R. y Mainetti J. A.: *Los juramentos médicos y un antiguo ideal: la educación del médico humanista*. Quirón, 17 (1): 42, 1986.
143. Ravioli J.: *Documentación médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 105.
144. Richardson D., Polk H. and Barber R.: *Ethics in surgery: bedside teaching and learning*. Bull. Am. College Surg., 67 (7): 10, 1982.
145. Riedel M.: *La responsabilidad como problema ético*. Universitas, XXII: 131, 1984.
146. Riedel M.: *Ser y deber. Observaciones a la ética*. Universitas, XV (4): 241, 1978.

147. Rise W.: *La pensée morale en médecine*. Presses Universitaires France, 1, Ed., París, 1954.
148. Roding H.: *Voraussetzungen und Hemmnisse bei der Wahrnehmung ärztlicher Verantwortung in der Chirurgie*. Zbl. Chir., 110: 1238, 1985.
149. Rodríguez Palma B., Martínez S. M. y Niño L.: *Ley 21.541: algunas consideraciones jurídico-penales*. La Ley, Doctrina, C: 891, 1977.
150. Roemer M.: *Ética médica y orientación social de las enseñanzas de medicina*. Foro Mundial de la Salud, 3-4: 405, 1982.
151. Rojas N., Aráoz Alfaro G. y Houssay B.: *La formación del espíritu médico*. Ed. Círculo Méd. Argent., Bs. As., 1928.
152. Romero A.: *Ensayo crítico sobre la magnitud del ejercicio profesional del médico y su servicio comunitario permanente*. Rev. Argent. Cirug., 37: 273, 1979.
153. Rosner F.: *Modern medicine and jewish ethics*. Ed. Hoboken, New Jersey, 1986.
154. Rossier P.: *Ethique médicale et transplantation rénale*. Urol. Int. Basilea, 21: 141, 1966.
155. Russell B.: *Las responsabilidades sociales de los científicos*. Ética y ciencia, Bs. As., 1 (1): 5, 1987.
156. Rutkow I.: *¿Qué es cirugía innecesaria?* En: *Asistencia quirúrgica de la salud. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica*. Ed. Interamericana, México, 4: 615, 1982.
157. Saas H. M.: *El Centro de Ética de Bochum y el Programa Europeo de Ética Profesional en Georgetown University*. Conferencia V Simposio Internacional de Bioética, Gonet, noviembre 1987.
158. Saas H. M.: *Ética de los trasplantes*. Conferencia V Simposio Internacional de Bioética, Gonet, noviembre 1987.
159. Saas H. M. y Viefhues H.: *Guía Bochum para la práctica ético-médica*. En: *V Simposio Internacional de Bioética*. Gonet, 1987.
160. Salessi L.: *Aspectos jurídicos de la muerte y de los trasplantes de órganos*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 180.
161. Salvat R.: *Responsabilidad civil de los médicos*. Conferencia Soc. Medicina Legal, La Ley, 8: 9, 1938.
162. Sanguinetti F.: *Creación del Comité de Ética del Hospital de Clínicas*. Resoluciones de la Dirección, Hosp. Clínicas, Bs. As., diciembre 1984.
163. Sanguinetti F.: *Normas éticas para la realización de planes de investigación clínica*. Resoluciones de la Dirección, Hosp. Clínicas, Bs. As., 1985.
164. Sanguinetti F.: *Reflexiones en torno a la historia de la medicina*. Rev. Fac. Cienc. Med., Univ. Nac. Córdoba, 39 (1-4): 81, 1981.
165. Sanguinetti F. y Fustincni O.: *Normas éticas y deberes de los médicos en la actividad hospitalaria*. Comité de Ética, Hosp. Clínicas, Bs. As., mayo, 1985.
166. Santa Sede: *Documento sobre la eutanasia*. Diario La Nación, Bs. As., 26 de junio, 1980, pág. 12.
167. Santaló L.: *Aspectos de la ciencia*. Ética y ciencia, Bs. As., 1 (1): 15, 1987.
168. Santas A.: *Ética y educación en medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 35.
169. Schacht P. and Pemberton A.: *What is unnecessary surgery? Who shall decide? Issues of consumer sovereignty, conflict and self-regulation*. Soc. Scient. Med., 20: 199, 1985.
170. Schipperges H.: *Las antropologías en la historia de la medicina*. Quirón, 9: 61, 1980.
171. Schmitt W.: *Chirurgie und ärztliche Ethik*. Zbl. Chir., 106: 65, 1981.
172. Schwartz W.: *Decision analysis: a look at the chief complaints*. N. Engl. J. Med., 300: 556, 1979.
173. Sección Universitaria: *Sterbehilfe verboten*. DAAD Letter, 3: 7, 1987.
174. Secretaría de Estado de Salud Pública: *II Reunión Nacional sobre Políticas de Investigación en Salud*. Bs. As., noviembre, 1980.
175. Selvini A.: *¿Debe decirse la verdad al enfermo?* Día Méd., 43 (72): 1769, 1971.
176. Shaw A., Judson R. and Manard B.: *Ethical issues in pediatric surgery: a national survey of pediatricians and pediatric surgeons*. Pediatrics, 60 (4): 588, 1977.
177. Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea: *Código de ética para donación y transfusión de sangre*. Bol. Of. Sanit. Panamer., 1984, pág. 362.
178. Steinberg I.: *El hombre, el médico y Dios*. Ed. Tres Américas, Bs. As., 1974.
179. Sullivan W.: *Transplante de tejidos humanos*. Diario La Nación, Bs. As., 29 de julio, 1987.
180. Tannenbaum A.: *Research in prisons. Survey Research Center*. Folleto Inst. Social Research, Ann. Arbo University, Michigan, 1976.
181. Taverna Irigoyen J.: *Ética en cirugía*. Quirón, 15 (2-4): 44, 1984.
182. Taylor K., Margolese R. and Soskolne C.: *Physicians reasons for not entering eligible patients in a randomized clinical trial of surgery for breast cancer*. N. Engl. J. Med., 310 (21): 1363, 1984.
183. Teilhard de Chardin: *El futuro del hombre*. Ed. Harper & Row, New York, 1964, pág. 17.

184. Terán Lomas R.: *La Ley 21.541 sobre trasplantes*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, III: 639, 1977.
185. Thielicke H.: *Wer darf leben? Der Arzt als Richter*. Ed. Rainer Wunderlich, Tübingen, 1968.
186. Tobías J.: *El consentimiento del paciente en el acto médico*. El Derecho, 93: 805, 1981.
187. Tobías J.: *En torno a la responsabilidad civil de los médicos*. El Derecho, 84: 827, 1979.
188. Torrelli M.: *Le médecin et les droits de l'homme*. Ed. Berger-Levrault, París, 1983.
189. Torres Torija J.: *Algunas consideraciones de ética en la cirugía*. Rev. Mexicana Cirug., Gin. y Cáncer, 29 (4): 109, 1961.
190. Trigo Represas F.: *La extensión del resarcimiento en la responsabilidad objetiva*. La Ley, Doctrina, C: 791, 1979.
191. Trigo Represas F.: *Responsabilidad civil de los médicos por el empleo de cosas inanimadas en el ejercicio de la profesión*. La Ley, Doctrina, B: 762, 1981.
192. Tristram Engelhardt H. (Jr.): *The foundations of bioethics*. Ed. Oxford Univ. Press, Oxford and New York, 1986.
193. Trotta R.: *Los límites éticos de la reanimación*. En: *La muerte en medicina*. Ed. Quirón, La Plata, 1978, pág. 185.
194. Valerga Aráoz J.: *Aspectos penales de la ley 21.541 de trasplantes de órganos*. La Ley, Doctrina, A: 934, 1980.
195. Veath R.: *Medical ethics*. JAMA, 141 (3): 1400, 1979.
196. Vernejoul R. de: *Humanisme et chirurgie*. Médecine, France, 3: 196, 1964.
197. Veylon R.: *L'experimentation animale*. Nouvelle Presse Méd., 10 (6): 367, 1981.
198. Vignón C.: *Refus de transfusion sanguine par convictions religieuses*. Tesis de doctorado, Univ. Claude Bernard, 1980.
199. Warner K. and Luce B.: *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care. Principles, practice and potential*. Ed. Health Administration, Ann. Arbor, 1982.
200. Weinert H. and Brill R.: *Effectiveness of the tissue committee in raising surgical standards*. JAMA, 150: 992, 1952.
201. Weizsäcker C. von: *El problema de una ética del mundo técnico*. Universitas, XIX (2): 65, 1981.
202. Wolstenholme G. and O'Connor M.: *Ethics in medical progress: with special reference to transplantation*. Ciba Foundation, Ed. J. y A. Churchill, Londres, 1966.
203. Wynen A.: *The World Medical Association and medical ethics*. JAMA, 251 (8): 1039, 1984.
204. Wyrsh J.: *II Congreso Internacional de Etica Médica (Resúmenes)*. Documenta Geigy, Basilea, 1967.
205. Yáñez J.: *Tratamiento al fin de la vida*. 1º Encuentro Latinoamericano Médicos Católicos, Montevideo, noviembre 1987, en prensa.
206. Young R.: *Medical malpractice as seen from perspective of the physician's defense attorney*. New York State J. Med., 86 (7): 344, 1986.
207. Yungano A.: *La ley 21.541 de trasplantes de órganos humanos*. El Derecho, 76: 779, 1977.
208. Yungano A.: *Honorarios médicos*. En: *Etica en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, 2ª Ed., Bs. As., 1986, pág. 93.
209. Yungano A., López Bolado J., Poggi V. y Bruno A.: *Responsabilidad profesional de los médicos*. Ed. Universidad, Bs. As., 1982.
210. Zaffaroni R.: *Consentimiento y lesión quirúrgica*. Jurisprudencia Argentina, Doctrina, 1973, pág. 381.
211. Zarranz A.: *Difusión de temas médicos en los medios masivos de comunicación*. Prensa Méd. Argent., 68: 31, 1981.
212. Zavaleta D.: *Discurso en el día del médico*. Rev. A.M.A., 93: 2, 1980.
213. Zelen M.: *The randomization and stratification of patients to clinical trials*. J. Chronic Dis., 27: 365, 1974.
214. Zenker R.: *Von Arzt in unserer Zeit. (Discurso de despedida de la cátedra)*. Ed. J. F. Lehmanns, Munich, 1973.

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS
INSTITUCIONES MEDICAS

RELATOR: *Dr. Alfredo Martínez Marull* MAAC FACS

A mi esposa

A mis hijos

A mi familia

Al cirujano, ese médico que a diario asume el riesgo de una decisión en nombre de su responsabilidad. Para que al final de la jornada pueda aceptar que:

“Sólo tendrás el alma sosegada cuando conozcas en igual medida la ilusión de la gloria imaginada y el tedio de la gloria conseguida”.

Gregorio Marañón

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS

I N D I C E

	Pág.
Prólogo	61
Introducción	63
Capítulo I	
Aspectos conceptuales	66
Responsabilidad ética	66
Responsabilidad jurídica	67
Capítulo II	
Instituciones prestadoras del servicio de salud	71
Responsabilidad ética	72
Responsabilidad jurídica	73
Capítulo III	
Factores que inciden en la problemática de la formación médica	75
Pregrado	75
Posgrado	84
Responsabilidad universitaria	86
Capítulo IV	
Instituciones medicogremiales y deontológicas	88
Regulación actual de la actividad médica	90
Investigación clínica	91
Honorarios médicos	92
Huelga médica	94
Categorización profesional e institucional	94
Aspectos gremiales de la actividad médica	95
Conclusiones	98
Bibliografía	99

RESPONSABILIDAD ETICA Y JURIDICA DE LAS INSTITUCIONES MEDICAS

Dr. Alfredo Martínez Marull * MAAC FACS

PROLOGO

Ser Relator Oficial del Congreso Argentino de Cirugía implica una distinción que colma la ambición de un cirujano y una obligación que estimula a cumplir con el mandato.

El Relato será evidencia de la larga crisis que involucra la medicina, el médico y el enfermo, condicionante de reclamos éticos y legales, y de planteos sobre aspectos filosóficos, políticos, sociales, jurídicos y económicos.

El enfoque personal de temas polémicos está centrado en una posición respetuosa de las ideas no compartidas y fundamentalmente exento de cualquier intención elitista o discriminativa. Asimismo ese enfoque está limitado a ciertos temas conflictivos, cuyo análisis intenta recordarlos a quienes tienen competencia en el mismo y desde luego a quienes desconociéndolos puedan sufrir consecuencias inesperadas en la prestación médica.

La crudeza con que están tratados ciertos aspectos no intenta acusar a nadie, sino poner la dosis adecuada de una vehemencia estimulante para evidenciar el sentido del relato: mostrar el error, causas que lo han provocado, sugerencias correctivas.

Al agradecer a la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Cirugía la distinción de esta designación, la asumo también como reconocimiento a la Universidad Nacional de Córdoba, a la que pertenezco como graduado y como docente. Me

honro en destacar que su prestigio nace de la solidez moral de sus fundadores y se acrecienta por haber formado a varios de quienes participaron en la fundación de la República y como también a quienes ejercieron sus destinos en ciertos períodos.

Mi particular gratitud a las Dras. María Virginia Bertoldi de Fourcade y María Teresa Bergoglio, con quienes compartimos inquietudes comunes en el tema. Sus condiciones docentes del más alto nivel universitario y sus prestigios profesionales participan con un sentido superior al de la colaboración invocada. Mi reconocimiento a la Dra. Irma Attme de Ceballos y las Licenciadas Alicia Pícaro de Luna y Liliana Orellano, por su colaboración en la confección y análisis de la encuesta realizada. De igual modo a la señora María Esther V. D. de Biale, por sus opiniones invalorable y afectuosa ayuda en la orientación final del trabajo. También mi particular gratitud a tantos colegas amigos que brindaron su tiempo y alentaron con entusiasmo ideas integradas al trabajo. Un reconocimiento especial para Profesores, Graduados y Estudiantes, quienes sumaron sus opiniones a través de la encuesta realizada sobre algunos aspectos conflictivos del Relato.

A mi padre, el Prof. Dr. Alfredo Martínez Carreras, de quien heredé el patrimonio moral y aprendí las primeras armas quirúrgicas. Su interés en el Relato entusiasmó su espíritu y estimuló su colaboración; desgraciadamente la inevitable ausencia no le permite ver el final que le inquietaba.

* Profesor Titular de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Al Prof. Dr. Pablo L. Mirizzi, cuyo recuerdo perdura, no sólo por su relevancia y prestigio mundial en la cirugía biliar, sino por la magnanimidad, tolerancia y estímulo que nos brindó en la iniciación de nuestra carrera quirúrgica. Al Prof. Dr. Carlos Aguirre, mi maestro, ejemplo de laboriosidad, ecuanimidad y pundonorosa honestidad. Formó parte de la generación de cirujanos de alma limpia y abnegada que operaban con instrumentos purificados, los materiales por el calor, los humanos por el amor. Al Prof. Dr. Juan Martín Allende, vívido testimonio de la Cirugía Argentina, defensor de principios éticos y ejem-

plo de conducta universitaria. Mantengo en su amistad un sentimiento filial de respeto y admiración.

Por último y con sentido especial, la gratitud hacia la familia, mis hijos y mi esposa. Todos han soportado con estoicismo, las arbitrariedades ejecutadas en nombre de un Relato, pero ella, en su doble condición de esposa y abogada, fue asesora permanente y eficaz amortiguador de ansiedades, al compartir el habitual insomnio de los relatores. Cariño, comprensión y tolerancia fueron sus constantes tributos al trabajo.

INTRODUCCION

A grandes rasgos puede señalarse que la Historia de la Responsabilidad Médica acompaña a la propia Historia de la Medicina. Seguramente las primeras atenciones médicas fueron curaciones de heridas y con métodos que hoy serían antirracionales. Los errores médicos de entonces ya tenían sanciones, pero eran tan drásticas como el propio daño ocasionado.

El desarrollo de la medicina desde la antigüedad hasta el presente, desde lo empírico hasta lo racional, incluye los períodos en que el quehacer profesional era regido por normas éticas y la responsabilidad profesional juzgada por la conciencia. Fueron los tiempos de la sacralización y del eufemismo, donde sólo los pares podían sancionar los errores médicos.

El hito trascendente de esta historia fue el dictamen del Fiscal Dupin, Procurador General de Francia, quien en 1833 al respecto del primer juicio al médico que había amputado 2 miembros del feto para facilitar el trabajo de parto, señaló: "el médico como profesional cae en la obligación del derecho común siendo responsable por los daños que pueda provocar su negligencia, ligereza o ignorancia inexcusable de cosas que necesariamente debe saber"⁸⁷.

Desde entonces un largo camino de reclamos legales, justos o injustos, han dado forma a la doctrina y jurisprudencia sobre responsabilidad médico legal; fueron respuestas al incremento de alteraciones en las conductas profesionales y al aumento de los intereses sociales sobre la medicina y su ejercicio.

Vale la pena reiterar que la medicina sigue siendo generosidad, piedad y abnegación y que además la cirugía, es testimonio de destreza, pues a pesar de la seguridad actual, el cirujano sigue ejerciendo entre la vida y la muerte. Un gesto equivocado, por pequeño que sea, puede acarrear graves alteraciones. De ahí la vigencia del pensamiento de Leriche: "La cirugía es un estado del alma que tiene el riesgo como excitante y por lo tanto no es patrimonio de almas tibias ni preocupadas por la tranquilidad". Ser cirujano signifi-

ca tener incentivo para asumir riesgos, y dominar el carácter y la capacidad para doblegar un azar hostil.

El resolver aquí y ahora es una característica de la profesión médica, especialmente del cirujano, pues a pesar de los adelantos, la decisión sigue siendo humana y difícil de compartir. En cambio el abogado, el ingeniero o el arquitecto tomarán su tiempo para el caso o el proyecto.

El espíritu quirúrgico es el adecuado equilibrio entre la intrepidez y la confianza en sí mismo y todo lo que irresponsablemente lo altere condiciona un retroceso, paradójico en el tiempo de una medicina más confiable. Así nace el miedo ante las exageradas demandas legales y la inseguridad para asumir los riesgos lógicos.

Responder por el futuro del enfermo sin compartir la decisión es el riesgo, cuya sustentación ética y científica está basada en idoneidad, diligencia, prudencia y creatividad, pero también en adaptabilidad a los sistemas de atención médica, nuevos condicionantes del fracaso profesional. Por lo tanto, si bien nada exime al responsable directo, aquellos no deben quedar inmunes cuando se analizan las causas de las demandas.

Cabe preguntarse entonces: ¿Por qué la racional comprensión del enfermo ante el error se ha trocado en exigencia legal o en gestión de pleitos escandalosos? ¿Por qué de sabio y salvador el médico pasa a ser ignorado y negligente? ¿Por qué el fantasma de la sanción moral no llegaba a perturbar la mente del profesional antiguamente?

Varios son los factores involucrados, pero obviamente excluyen a la medicina. Lo más importante es la pérdida de identidad del enfermo inmerso en un sistema de atención que hace perder también la del médico, cuya figura se diluye en la institución y en el equipo. La revalorización de la salud gracias a la educación sanitaria generadora de una conciencia social más difundida, desplazó la resignación y la fatalidad ante errores y fracasos y estimuló la exigencia. Tanto la incompetencia profesional como la alteración de la conducta ética

son el sustento más frecuente de las demandas. También lo es la solución adoptada ante la retribución insuficiente, es decir "el cobro adicional", que despierta una crítica encendida y que somete al médico a problemas de conciencia y predispone al paciente en su contra. Mosset Iturraspe⁷⁵ agrega, el abogado inescrupuloso que alienta los ánimos del dolor y en un trasfondo de especulaciones económicas estimula la acción judicial.

En síntesis, lo más común es la deshumanización de la medicina, la alteración de la relación médico-enfermo y fundamentalmente la pérdida de identidad de ambos. La falta de valores morales y la incapacidad profesional son causas frecuentes, pero las organizaciones que atienden la salud también pueden estar incriminadas. Las alteraciones de ellas son consecuencia de las políticas educativas y sanitarias discontinuas, de los últimos 50 ó 60 años.

El incremento del reclamo legal por malpráctica en la actualidad es importante, pero es mayor aún en los países desarrollados, donde ya se ha tornado crítica. Varias consideraciones pueden hacerse al respecto. El seguro médico, ese espacio entre el daño y el paciente que antes era cubierto por la solvencia moral y profesional, es un monto de dinero, que a pesar de proteger al médico es estimulante de la demanda. Al respecto en Estados Unidos el incremento desmesurado de juicios por malpráctica a partir del año 1970, hizo aumentar los valores de las pólizas del seguro hasta un 600% de su valor, desprotegiendo así al médico que paulatinamente perdía condiciones para acceder a él.

Manuel⁶⁷ señala que en 1983 cada 100 médicos, 16 estaban imputados en juicios por malpráctica, una situación que prospectivamente en 3 años hizo aumentar en 7 billones de dólares el gasto de salud en EE.UU. El autor comenta alguna de las soluciones intentadas: creación de nuevas compañías aseguradoras especialmente integradas por Asociaciones Médicas a fin de permitir la cobertura al médico; creación de Tribunales de Arbitrio, de carácter prejudicial e integrados con expertos para desestimar acciones legales innecesarias. Asimismo, otra alternativa para disminuir la escalada de juicios por malpráctica fue el manejo del riesgo y la propuesta de imitar las tratativas legales por accidentes de trabajo al respecto del daño, es decir pagar en base a la cuantificación previamente establecida. También se incrementaron las acciones destinadas a investigar a los médicos y centros asistenciales habitualmente invo-

lucrados en juicios de malpráctica con el fin de controlarlos o de bloquearlos en su actividad.

Cole³⁰ comenta que Neurocirugía, Obstetricia, Ortopedia y Cirugía Plástica en Estados Unidos son las especialidades de riesgo y considera que una verdadera profilaxis de las acciones judiciales depende del conocimiento que se tenga del paciente y de lo que éste espera del tratamiento. Resalta que el cirujano debe manejar y controlar todo el personal que interviene en el trato con el paciente y asimismo debe verificar todos los gastos a fin de minimizar el reclamo. También considera necesario el manejo de la Historia Clínica y fundamentalmente el consentimiento explicado, donde deben quedar definidos riesgos y alcances de curación. Es trascendente la explicación al paciente o a los familiares sobre qué debe esperar o qué debe entenderse por la curación de su afección.

No obstante lo cual y considerando que la pérdida de la "inmunidad" de la conducta médica son los causales del incremento de reclamos, lo que debe destacarse es la confiabilidad de la justicia como única solución para defender la integridad moral o patrimonial del médico o la Institución. Por ello vale el comentario sobre 25.000 juicios por malpráctica quirúrgica en el Estado de Nueva York en el año 1975, donde la justicia halló culpable al 25%, siendo el resto discriminado en 55% sin culpa y 20% dudoso³². El concepto se ratifica al leer los boletines de Jurisprudencia Argentina, que en síntesis documentan la majestad de una justicia que no permite prosperar lo injusto o lo irracional.

El gran peligro del incremento de las demandas es el progresivo miedo a ejercer, especialmente en cirugía, donde ya se confunde riesgo quirúrgico con riesgo legal. Por ello es necesario evitar la tendencia que irá quitando al médico y al cirujano, la voluntad de asumirlo. La profilaxis del miedo suprimiendo todo trato con pacientes de alto riesgo o de personalidad conflictiva es un seguro profesional indirecto, pero también un riesgo invertido porque desprotege o abandona al enfermo.

Otro seguro médico indirecto es la medicina defensiva, aquella que cubriría cualquier reclamo mediante la formulación de programas diagnósticos y terapéuticos excesivos, una situación que en los Estados Unidos de Norteamérica cuesta anualmente 15 billones de dólares³²; sobreprestación que entre nosotros, por ahora, integra las causas de la alteración del gasto de salud.

Este es el camino que estamos transitando y si no se pone freno a lo insensato y no se aumentan los medios para dotar al médico y al cirujano de mayor solvencia profesional, la consecuencia será, por un lado, la fractura de los sistemas previsionales y mutuales, y por el otro, el aumento progresivo de los juicios por malpráctica. La información social sobre esta situación permitirá evitarla y además, rescatar la idea de que la confianza en el médico y la aceptación del riesgo deben nutrir la relación cirujano-paciente.

Todo vale para reiterar que el interés es plantear la situación conflictiva en la que estamos o podemos estar los cirujanos y especialmente las instituciones que aglutinan nuestra actividad. Además por tener en cuenta que habitualmente los ci-

rujanos despertamos a la realidad cuando nos roza o nos afecta una demanda judicial, incluimos los procedimientos jurídicos para que un análisis elemental permita interpretar la dinámica del proceso legal.

Con el objeto de conocer la opinión en ciertos temas éticos, docentes y asistenciales, se ha realizado una encuesta general en el país, de la cual hemos reducido el análisis a un total de 88 profesores, 135 graduados y 298 estudiantes. Las razones de eliminar determinado número, fueron diferencias que no permitían mantener el rigorismo necesario que la credibilidad del sistema exige.

Siendo la bibliografía consultada realmente extensa, he considerado adecuado limitar su número y por lo tanto, quedan a disposición del lector las fichas bibliográficas no incorporadas.

CAPITULO I

ASPECTOS CONCEPTUALES

RESPONSABILIDAD ÉTICA

Hay cuatro vocablos frecuentemente utilizados en el tratamiento de la responsabilidad: deontología, ética, deber y obligación.

Deontología, es la ciencia de los deberes, especificándose en forma particular la de los profesionales, especialmente del médico; ética, es una concepción filosófica de las costumbres humanas, epistemológicamente estructurada con un basamento teológico y psicosocial; deber, es el imperativo deontológico del proceder ético, y obligación, es el imperativo jurídico de adecuación de las conductas a normas. En síntesis, quien no se ajusta al deber está contrariando a la ética; quien no se ajuste a la obligación está contrariando a la norma jurídica ⁸¹.

Si bien es cierto que ética y moral son términos de raíz distinta, tienen identidad en el significado, es decir, costumbre. Las diferencias están en que ética, es doctrina de costumbres empíricas nacidas de la mera práctica o rutina, en cambio, moral, incluye más a las costumbres espirituales; no obstante ambos términos se usan indistintamente ⁷⁷.

La ética es una disciplina de la filosofía que estudia los actos humanos en relación con la moralidad y es justamente en el hecho moral donde se esconde el auténtico sentido de responsabilidad. Conceptualmente es una estructura normativa y contenido de valores orientadores que evitan los desvíos del hombre. Como dice Roa ⁸³ es el tejido del alma y el fondo de la vida, donde más acá, está el afán de la verdad y más allá, el suelo misterioso que nos liga al origen: Dios, vida, muerte. Es simplemente la conducta humana relacionada con la moral y las obligaciones. Moral, en lo concerniente al bien general y acciones humanas, en orden a la bondad o la justicia, hechos que están contenidos en la conciencia e inteligencia, más que en los sentidos y emociones ⁷³. Sencillamente son las obligaciones, son las imposiciones y normas que deben regir la libre voluntad, en

síntesis es discernimiento entre lo que debe y no debe hacerse.

Pero ética no es sólo enunciar principios generales del bien sino medios para hacer operantes estos principios. Por ello, los códigos de ética cumplen esencialmente un papel normativo. El objeto de la ética son los actos humanos, es decir aquellos cumplidos en uso de la razón y de la libertad psicológica, ya que donde no hay libertad ni conciencia no existe responsabilidad moral. Por lo tanto, la libertad en los actos humanos es base de moralidad. Se es bueno o malo por voluntad y no por el alto o bajo cociente de inteligencia.

Hay que comprender que la ética no se compra ni se vende sino que se cultiva como estilo de vida y se cumple como principio de convivencia social. No es nombrándola a menudo que la ética pueda ayudar a limpiar algún pasado sucio, como tampoco es bueno usarla como "hacha de guerra" para arrasar a quienes la infringen ⁸³.

Neghme ⁷⁶ considera que aquel que tiene sentido humano no necesita de un código de ética, pues su conducta estará acorde a esas normas que no conoce y por ello el autor se plantea si realmente vale una norma cuando falla el código genético del atributo humano.

Tres aspectos primarios pueden considerarse sobre lo bueno: el bien útil, conveniente para conseguir otro bien; el bien deleitable, placer del corazón y del espíritu; el bien moral, conveniente a la naturaleza racional; principios que han plasmado las teorías filosóficas y el estilo de los pensadores que dieron origen a las corrientes del Utilitarismo, Hedonismo, Estoicismo, Tomismo, Kantianismo, fueron reflejos de una evolución y son base de la integración del pensamiento humano de la actualidad.

Las tendencias que identifican las conductas con las corrientes ético-filosóficas han sido categorizadas por diversos autores Kolberg ^{cit. 78} reúne en 6 escalas morales: 1-2: "moral precondicional", ba-

sada en el intercambio utilitario; 3-4: "moral de contenido social", de corte convencional y justicia retributiva; 5-6: "moral de principios", ética del altruismo, el dar sin pedir y sin recibir.

Aplicar estas escalas en la actualidad elimina todo comentario cuando se comprueba que a diario y en distintos niveles, el utilitarismo, el pre condicionamiento, invade la acción humana y traba la voluntad para estimular los principios superiores del altruismo. El yo te doy si tú me das, está más allá del puro intercambio mercantil y penetra en la actividad médica.

La medicina centra su acción en torno a bienes y males máximos tales como salud, enfermedad, la vida y la muerte, siendo la ética quien le ha dado respuestas a problemas críticos del ejercicio. Ciertamente la forma de ejercerla dependerá de los valores del médico y es reflejo de su personalidad. Si pone sentido humano logrará un ejercicio ético; si coloca instinto en vez de razón, tan sólo será un técnico. En realidad no existe la ética médica sino los problemas éticos que plantea la medicina y que aquella resuelve, razón por la que se integran al respecto sociólogos, políticos, filósofos y médicos.

La medicina se encuentra en un punto clave, pues los conocimientos sobre concepción de la vida están en revisión. Hoy los científicos tienen a su disposición tecnología, instrumental y comunicación sin precedentes, tanto de la ciencia como de la ética. ¿Quién puede dar respuesta firme a esa realidad: los biólogos, cuyas afirmaciones son producto de conocimientos y manipulaciones extraordinarias, o los moralistas, apoyados en criterios éticos que sólo el tiempo o la razón pueden cambiar? ¿Quién decide y con qué criterios, el hombre o la Institución? Por cierto, no son problemas para respuestas individuales sino institucionales.

La vida humana encuadrada en etapas biológicas y sociales tales como nacimiento, familia, integridad corporal y espiritual, identidad, matrimonio, responsabilidad, respeto por la vida y por la muerte, plantea situaciones que involucran a la bioética y exigen prudencia para dar respuesta sobre estos principios en revisión. El entusiasmo por erradicar la enfermedad genética o reemplazar la parte gastada, provoca admiración y asombro, pero también miedo porque no hay respuestas morales ante las manipulaciones de grupo. ¿Cuántas veces el esfuerzo por descubrir algo se enfrenta con la idea de que hubiera sido mejor no hacerlo?^{2-91-102.}

La integridad moral del hombre y de la sociedad demanda entonces la concreción de pensamientos ágiles, renovados y actualizados en el seno de Instituciones calificadas que den salida a tanta presión científica para no cargar a la ética un retraso en la evolución médica.

Si bien es cierta la responsabilidad legal de las personas, sean de naturaleza humana o jurídica, surge con evidencia de las obligaciones, en cambio la responsabilidad ética no resulta clara, pues ella es patrimonio del hombre libre y conciente, dos atributos inexistentes en una Institución. En realidad puede asumirse que siendo el hombre quien la crea, la organiza y la dirige, es quien impregna su ética en estas distintas etapas de la "biología jurídica" de una Institución.

Por lo tanto, ética institucional, es la ética de sus fundadores, dirigentes e integrantes y sus conductas, antisociales o antiéticas, dañarán la credibilidad de la Institución y por lo tanto, demandarán la sanción ejemplar a fin de preservar la inmunidad de la organización ante la inmoralidad de quien la dirige o la integra. Ello permitirá también evitar la cómoda e irracional crítica hacia ellas cuando se identifica a los responsables que amparan sus conductas en el prestigio de la Institución.

Así como la ética del médico contiene principios de caridad, amor y altruismo, de igual modo la Institución Médica debe contenerlos en su estatuto, alma de su misión, para que una dosis de ética trabe la conducta alterada. Así como la empatía profesional sustenta la confiabilidad y fundamenta la armonía de la relación médico-enfermo, "una empatía institucional" logrará desarrollar y mantener la credibilidad de la misma. Además, una institución debe tener políticas claras y sostenidas por dirigentes con más interés en la continuidad de la misión que en la inclinación de su condición humana y política. Aquí se inscribe un principio de responsabilidad ética de las Instituciones Médicas que analizaremos.

RESPONSABILIDAD JURÍDICA

Siendo la terminología jurídica, códigos y leyes, extrañas al cirujano y a veces de difícil comprensión, hemos limitado su análisis a los conceptos necesarios que faciliten la interpretación de la responsabilidad legal de las Instituciones Asistenciales.

La necesaria incursión bibliográfica realizada al respecto de la responsabilidad legal, me ha per-

mitido tomar conciencia, no sólo de la vastedad del tema, sino fundamentalmente entender e interpretar que en la ciencia jurídica existen criterios o tendencias doctrinarias que sólo el experto puede manejar. De tal modo entonces hemos ceñido el análisis a una metodología que nos permita, en el marco del respeto a otras doctrinas, brindar una información con coherencia docente.

Desde los tiempos de la irresponsabilidad médica eufemística, donde el error médico era juzgado por sus pares y sólo pasible de justicia la grave falta o la negligencia inexcusable, ha pasado el tiempo suficiente para que hoy, tanto la sociedad como el médico, salvaguarden sus derechos en el ámbito de normas deontológicas y jurídicas.

Responsabilidad, es un vocablo que alude a la calidad de responsable, es el cargo u obligación que resulta del posible error en determinada cuestión o acto. La reacción humana ante ello fue el instinto natural del engaño, aquello de devolver mal por mal. Fue la organización, el estado, el discernimiento, lo que permitió que el concepto de responsabilidad se transforme. Así la noción se desdobra: por un lado, la responsabilidad penal que pretende el castigo al delincuente y por el otro, la responsabilidad civil que tiende a resarcir a la víctima ²³.

El ordenamiento jurídico procura la tutela de los bienes dignos de ello, reaccionando cuando el principio se viola. Esta reacción puede sancionar las conductas disvaliosas con distintos sentidos. Así se puede castigar al autor del comportamiento antijurídico con propósito de ejemplo de corrección y reeducación en el ámbito del derecho penal y con sanciones compensatorias en el derecho civil, en el criterio de reparación del daño sufrido por la víctima.

La responsabilidad profesional, es enfoque de la responsabilidad de un determinado ángulo y según los efectos de los actos realizados, nacerá la responsabilidad penal, civil o disciplinaria.

Presupuestos de la responsabilidad

Siguiendo las consideraciones de las Dras. Bertoldi y Bergoglio ¹⁵ señalamos que la teoría general de la responsabilidad civil puede apreciarse a partir del análisis de los requisitos necesarios del deber de indemnizar un daño injustamente causado.

El concepto se complica frente al desdoblamiento legislativo de la responsabilidad civil en dos grandes ámbitos: el contractual o el extracontractual, según que provenga del incumplimiento de

una obligación establecida en un contrato o surja de obligaciones derivadas de otro origen. Sin embargo, lo fundamental para ambas situaciones es que, el perjuicio, material o moral debe ser reparado y los elementos, reglas y mecanismos para ello son comunes a ambos. Si no hay daño no hay necesidad de investigar la existencia de otros elementos, pues no existe la obligación de resarcir. Ello significa que el daño es presupuesto básico de la responsabilidad civil.

Los requisitos necesarios para que surja el efecto jurídico de una obligación de resarcir son: antijuridicidad, factores de atribución, daño y causalidad.

Antijuridicidad: La ilicitud es antijuridicidad, un sinónimo conceptual que se origina en las conductas contradictorias con el ordenamiento legal.

Para Yungano ¹⁰⁸, los actos con efectos jurídicos son lícitos o ilícitos y antijuridicidad va desde la ilicitud hasta el incumplimiento contractual o simplemente violación de una obligación. Dos son los mecanismos de la conducta antijurídica: la acción y la omisión prohibida. Acción, cuando se hace lo que la ley prohíbe, omisión, cuando no se hace lo que la ley manda. Son antijurídicas entonces, la acción de matar, de lesionar, actos positivos o actos negativos, como la comisión por omisión, donde el daño aparece por no hacer, tal como plantearía la situación de dejar desangrar un herido o la de no administrar determinada medicación. En la omisión, el daño nace de la abstención como sucede en el abandono de persona o la falta de cumplimiento de obligaciones o compromisos adquiridos.

La cirugía, definida como la modificación del organismo, ejecutada según normas indicadas por la ciencia para mejorar la salud física, psíquica o simplemente la belleza tiene la apariencia de acto ilícito (agresión), pero las causas de la justificación tienen la virtud legal de borrar el carácter de ilícito ²⁹. En este sentido, el Art. 34º del Código Penal expresa que: "no son punibles... el que obrare en cumplimiento de un deber o en el ejercicio de un cargo...". De ahí, que el propio ejercicio profesional se encuadre como una verdadera causa de justificación.

Un valor especial cobra el consentimiento del enfermo o de sus representantes, reflejados en el contrato profesional. El consentimiento del paciente dentro de la ley, es causa de justificación autónoma de acciones y omisiones formalmente ilícitas, o complemento de otra causa de justificación. Sus consecuencias son la impunidad de la gente en lo Penal y en lo Civil que legitima la acción profesional ¹⁶.

Daño indemnizable: No hay responsabilidad civil sin víctimas, de igual modo que no hay responsabilidad penal sin delincuente. Daño, significa menoscabo o detrimento o pérdida experimentada por una persona en su acervo patrimonial o en su acervo moral. El daño privado o resarcible requiere distinguirse en los ordenamientos de daño patrimonial y no patrimonial. El daño patrimonial es todo perjuicio susceptible de apreciación pecuniaria ya que el patrimonio no sólo está formado de bienes materiales sino de derechos o capacidad como fuente de beneficios económicos. Comprende dos aspectos: el daño emergente que es la pérdida o disminución de valores económicos ya existentes, es decir, empobrecimiento del patrimonio; el lucro cesante que es la frustración de ventajas económicas esperadas, es un no aumento del patrimonio al verse privado de lograrlo si no hubiera ocurrido el hecho.

El daño no patrimonial o moral: es el menoscabo de los valores no económicos o morales tutelados por la ley y que no significan disminución del patrimonio. Es una afectación psíquica, espiritual, emocional. La responsabilidad del médico, tanto la obligación devengue de fuente contractual como de extracontractual supone el deber de indemnizar daños que pueden afectar aspectos orgánicos o psíquicos del paciente; entre ellos debe mencionarse el mantenimiento del estado patológico, la agravación del mismo, las nuevas situaciones o complicaciones y la muerte.

Factores de atribución: La responsabilidad que se atribuye al médico exige determinar en todos los casos qué factores subjetivos u objetivos determinan la imputabilidad del resultado dañoso cuando el obrar antijurídico guarde con este un nexo de causalidad.

La imputabilidad, en términos generales, consiste en determinar las condiciones mínimas necesarias para que un hecho pueda ser atribuido a alguien a fin de que soporte las consecuencias. Esta atribución se basa en el reproche dirigido al aspecto psíquico del autor. La culpabilidad en sentido amplio abarca la culpa propiamente dicha y el dolo. Cuando la atribución de la consecuencia dañoso no es referida a culpa, el factor de atribución es objetivo.

A la responsabilidad civil, de carácter subjetiva, se agregan nuevos factores de atribución, el riesgo creado, la idea de garantía. Ello tiene un aspecto en común: admitir que se puede estar obligado a reparar un daño sin que medie reproche subjetivo alguno.

En el ámbito de la medicina los supuestos de responsabilidad objetiva se relacionan con los daños causados por el hecho de las cosas; y el hecho del dependiente. Así se apoyan también los factores de atribución en la responsabilidad de las instituciones médicas asistenciales.

El contenido de la prestación médica requiere analizar ciertos aspectos. Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y conocimiento científico, mayor será la obligación sea contractual o extracontractual.

En derecho se distinguen obligaciones de medio y obligaciones de resultado¹⁷. Son obligaciones de medio las que imponen diligencia y aptitud para cumplir con algo que conduzca a un resultado, pero sin asegurar la obtención del mismo. Son obligaciones de resultado por el contrario, la obligación de dar algún resultado preestablecido. Estas dos obligaciones, las de medio y las de resultado son las que involucran al médico y las instituciones médico-asistenciales, generando la responsabilidad. Tal como se infiere, la primera exige al profesional médico poner, conducir y ejercer con capacidad, para favorecer o facilitar un resultado que no siempre depende de él. En cambio en la obligación de resultado que incluye especialmente a las Instituciones Asistenciales, el criterio es consecuencia de un deber de garantía, de seguridad en la prestación, algo que determina un resultado.

Culpa: En sentido estricto es la forma más ordinaria e importante de la responsabilidad. En el Código Civil Argentino, la culpa es la imprevisión de un resultado dañoso previsible, que pudo preverse y evitarse si se hubiera obrado con la diligencia requerida en la circunstancia. La culpa carece de intención pero es una alteración de la conducta, algo que el prudente no hubiera cometido. A esa alteración de la conducta profesional, conducta culposa, se puede llegar a través de actitudes negativas o carenciales como la impericia y la negligencia y por actitudes positivas, la imprudencia. De igual modo pero con mayor especificidad impericia es la falta de conocimiento o de técnica, negligencia la carencia de diligencia exigible, imprudencia asumir riesgos inútiles¹⁸.

Dolo: El dolo como la culpa, constituyen estados anímicos reprochables, aunque de distinta magnitud. El dolo puede existir tanto a nivel extracontractual como en el contractual. En el extracontractual se configura el dolo cuando el agente cause un daño queriéndolo causar. Hay un propósito de perjudicar, intención de causar daño. También

se afirma que existe dolo cuando el agente tuvo previamente conciencia y conocimiento del daño que iba a causar, sin necesidad de establecer intencionalidad. El que quiso el acto ilícito, quiso el resultado. En la responsabilidad contractual el incumplimiento voluntario del contrato configura el dolo y como lo dijimos aun sin deseos de perjudicar.

En realidad, la noción de dolo tanto en el campo contractual como en el extracontractual es única. El acto médico puede ocasionar daño en virtud de un obrar doloso aunque realmente no es lo más frecuente. Pueden calificarse de actos dolosos, por ejemplo, el sometimiento a los pacientes a múltiples estudios inmersos en fines pecuniarios¹⁴.

Nexo de causalidad: El principio ontológico de causalidad emana del principio lógico de razón suficiente, según lo cual todo lo que es, es por algu-

na razón. Para establecer cuál es la causa de un daño es necesario formular un juicio de probabilidad o sea considerar si tal acción u omisión del presunto responsable era idónea para producir, regular o normalmente un resultado. La relación causa-efecto vincula directamente el daño con el hecho de la persona o de la csoa. La jurisprudencia ha sostenido que para que se comprometa la responsabilidad civil del médico, es necesario acreditar la relación de causalidad entre el hecho imputado y el daño atribuido.

Antes de analizar la responsabilidad de las Instituciones Asistenciales digamos de acuerdo a López Bolado⁶² a modo de síntesis que la responsabilidad es una seguridad para los médicos instruidos, concienzudos y prudentes; es una amenaza constante para los temerarios, los audaces sin escrúpulos y los ignorantes imperturbables y es al mismo tiempo una barrera infranqueable contra los reclamos fantásticos, los caprichos y el mal humor de los pacientes.

CAPITULO II

INSTITUCIONES PRESTADORAS DEL SERVICIO DE SALUD

Jurídicamente son personas los entes susceptibles de adquirir derechos y contraer obligaciones, distinguiéndose los de existencia visible y los de existencia ideal. De principio, toda persona capaz de adquirir derechos o contraer obligaciones, que no sea persona física es persona jurídica.

La ley permite que la necesidad o la creatividad del hombre se corporice en personas abstractas que la sociedad incorpora en sus distintas actividades.

Institución viene del latín stare, estar de pie y de istatuere poner en pie y de intituere poner en pie y establecer. Por eso, institución es la acción de instituir poniendo algo en pie en forma estable y permanente, plasmando la necesidad humana. Una Institución se define como un conjunto de leyes, normas, hábitos y costumbres sociales orientadas a fines determinados que pueden ser políticos, económicos, religiosos, sanitarios. Se distinguen 2 grupos: las públicas (estado, entes autárquicos) y las privadas (asociaciones, fundaciones), ambas en condiciones para contraer obligaciones y ejercer derechos, lo que significa estar capacitado para someterse a la justicia.

Las Instituciones que analizamos pertenecen a los 2 grupos y la responsabilidad está enfocada en ambos, tanto ética como jurídicamente. El estudio incluye a todas las categorías de las Instituciones Asistenciales e incluso a Obras Sociales y Mutuales, aunque sin duda, es el Hospital, tanto público como privado, el que concita mayor atención puesto que allí se centra la actividad médica y aparece la figura del equipo profesional.

El Hospital ha dejado de ser un ambiente de miedos o de inseguridades o aquella intocable torre de marfil; es más bien, un sitio de confrontación científica, pues su misión se asienta hoy, en el trípode integrado por asistencia-docencia-investigación. Tiene además un rol de carácter integrador en el lugar de su asentamiento desde donde debe

realizar una misión de promoción y prevención, junto a la específica de recuperación y rehabilitación.

La responsabilidad de estas Instituciones Asistenciales fue planteada en los Congresos Argentinos de Cirugía en los relatos de temas críticos de la actividad asistencial, especialmente la quirúrgica. El relato de los Dres. Lange, Frigerio⁵⁴, sobre "Infecciones quirúrgicas" y el de los Dres. Libonatti, Beveraggi y Padrón sobre: "Sepsis y cirugía"⁶¹, plantean el hospitalismo y la contaminación desde el ángulo científico, pero adelantaron razones inculminantes en la responsabilidad de las instituciones asistenciales. De igual modo el del Dr. Trigo sobre "Organización y funcionamiento de un Departamento de Cirugía"¹⁰³, que analiza la obligación de evaluar la actividad del servicio de cirugía, constituye un anticipo de los planteos actuales sobre la relación costo-beneficio. El del Dr. Gurruchaga sobre "Condiciones que debe reunir una Institución donde se practique cirugía"⁴⁵, es un análisis de lo exigible en seguridad sanatorial donde se resalta la responsabilidad por negligencia y por falta de controles y de requisitos médicos obligatorios. Más recientemente el de los Dres. Allende y Babini sobre "Evaluación del riesgo quirúrgico"⁸, presupuesto elemental del ejercicio de la cirugía, cuya insuficiencia es sustento del reclamo sobre todo cuando además se agrega la falta de información al enfermo o a la familia.

En síntesis, son reflejos de los cambios asistenciales cuando la década del 60 centraba el interés en la extensión de los servicios médicos, la siguiente en mejorar la calidad y la actual en controlar el costo, bajo la ecuación riesgo-costo-beneficio, un perfil ampliado de la responsabilidad de estas Instituciones.

Todos los relatos mencionados debieran ser tenidos en cuenta por quienes tienen la misión de evaluar y categorizar las Instituciones así como también quienes las dirigen. Sin embargo, y por

estar convencido de lo contrario, efectuamos el planteo en la encuesta realizada a profesores a efectos de saber, por ejemplo, si el relato sobre: "lugar donde se practica la cirugía" ha sido estimado. El 41% consideró que no había sido tenido en cuenta, el 29% que sólo lo habían leído, un 5% creyó que fue tenido en cuenta por quienes tenían competencia en el problema y un 20% lo consideró desactualizado. De igual modo ha ocurrido al respecto de otros relatos así como también con los temas de educación médica. Una situación que resulta inexplicable ante el esfuerzo, desperdiciado o esencialmente no aplicado.

La responsabilidad de las entidades asistenciales, centrada en la seguridad y calidad del servicio que presta, involucra la habilitación, categorización y acreditación.

Santas⁹⁵ considera que se habilita una vez al inscribir o matricular, se categoriza según complejidades, pero se acredita permanentemente, pues la evaluación debe ser continua tanto para el médico como para la Institución.

Deben evaluarse 3 niveles: 1) estructura, recursos humanos y tecnológicos; 2) la actividad por la cual se canaliza la atención y 3) el resultado de esa actividad.

Para Gutiérrez⁴⁶ evaluar la calidad de la atención quirúrgica depende por un lado, del enfermo, el equipo y la institución y por el otro, del riesgo. Así, calidad no es sinónimo de cantidad de estudios, sino uso racional de recursos, donde pocos y sencillos expresan experiencia, respeto por el enfermo y defensa del sistema. Un trasfondo de la responsabilidad que estamos analizando.

Consideración especial merece la denominada "Psicología Institucional" efecto de la compleja relación de individuos que integran una Institución asistencial donde a veces el entusiasmo del recién iniciado puede alterar la calidad por acciones imprudentes y la responsabilidad se incrementa si no existe la tutela del jefe o del instructor⁵¹.

RESPONSABILIDAD ÉTICA

Dijimos que ética institucional es aquella nacida del contenido de la organización, de la nobleza de su misión y además, de la moral de quienes la dirigen o la componen, criterio compartido por Fajardo Ortiz⁴² que considera la ética hospitalaria como la del médico, con deberes para con los enfermos, los colegas y la sociedad.

El Código de Ética de la Asociación Americana de Hospitales, destaca que el objetivo es la atención del enfermo y la educación permanente de

sus integrantes, relegando lo económico a un plano subalterno. Se trata de principios generales que relacionan el cuerpo de gobierno con los médicos y el personal y está compuesto por normas éticas y religiosas, verdaderas soluciones para proceder médico-asistenciales riesgosos.

Varias son las actividades que en una entidad asistencial son condicionantes de conflictos. Enumerarlas, vale para recordar que la responsabilidad de estas Instituciones no está sólo ligada a malpráctica profesional.

Hay 2 responsabilidades que merecen el comentario independiente por ser graves faltas éticas. La 1ª está referida a la responsabilidad ética de instituciones que "presta u ofrece" sus instalaciones a un profesional que no conoce. Legalmente, la entidad está desvinculada de responsabilidad por la actuación de ese médico, como más adelante se analiza. Sin embargo, no exime su responsabilidad ética cuando ve o comprueba alteración reprochable de la conducta de ese profesional o deja cometer un daño por su desvinculación contractual con el enfermo. La 2ª responsabilidad ética institucional, es el conocido "cambio de cirujano", cuando en aras de la docencia y especialmente en ambientes privados, se altera el contrato profesional, al permitir que opere otro cirujano.

Igual consideración merece el cambio de cirujano en exámenes de cirugía que deben rendir, tanto futuros especialistas como profesores, para acceder a cátedras de cirugía. La natural alteración anímica aumenta el riesgo de complicaciones. Es un sistema equivocado para la evaluación, y antiético, pues el enfermo en ambos casos, ignora a qué será sometido y además, no ha autorizado un cambio del profesional tratante.

La organización, el equipamiento, es decir la complejidad, significa tener controles especiales y diversos comités como los de Historia Clínica, Investigación y Docencia, Infecciones, Tumores, Tejidos, cuyas acciones son de inestimable valor en la gestión conjunta de la actividad hospitalaria.

La admisión y egreso del enfermo, el cuidado de sus pertenencias, los delitos que entre ellos puedan cometerse, son ejemplos de hechos conflictivos que incrementan la responsabilidad. Todo demanda organización, documentación, sistema de evaluación y vigilancia. Son aspectos que habitualmente desestimamos los cirujanos y consideramos que deben estar a cargo de otros.

En estas consideraciones éticas recordemos el valor de la historia clínica, un documento probatorio de la actividad médica, el testigo de su actuación.

Su confección incumbe al médico y su archivo y protección a la Institución. Recordemos simplemente, que el derecho al reclamo en actos médicos dañosos recién decae a los 10 años y la única memoria capaz de explicar la actuación del médico es la historia clínica¹⁰⁹.

RESPONSABILIDAD JURÍDICA

En principio estas Instituciones responden por los daños causados por quienes las dirigen. El problema se plantea cuando se pretende responsabilizar a la entidad asistencial por el daño ocasionado por médicos y auxiliares o por el originado en el uso de equipos, aparatos o instrumental⁸⁰. Ello es sustento de la denominada responsabilidad por el hecho ajeno y el hecho de las cosas y cuya naturaleza es extracontractual y contractual.

Extracontractualmente la responsabilidad es consecuencia de que las personas jurídicas responden por los daños que causen quienes las dirigen, por los que causen sus dependientes y las cosas de las que se sirve (Arts. 43 y 1113 Código Civil Argentino). La responsabilidad contractual por el hecho ajeno es similar al de las personas físicas según lo dispuesto por el Art. 42 del mismo Código.

Se puede analizar la responsabilidad de las instituciones asistenciales planteando las siguientes posibilidades¹⁵: 1) que la contratación del paciente con la clínica sea directa, basada en el prestigio de la misma o porque siendo única carece de opción; 2) la relación se establece a través de un intermediario, sea una obra social, mutual o corporación profesional; 3) la relación es sólo con un médico que atiende en determinado establecimiento asistencial sin dependencia del mismo.

1) *De la institución que contrata directamente con el paciente*: lo primero es interpretar de qué modo estas instituciones responden contractualmente por el hecho ajeno, aun aquellas de asistencia gratuita. La relación nace de que el deudor, la Clínica, promete una prestación al acreedor, el enfermo.

La obligación asumida por la Clínica incluye actividades para prestar asistencia, debe contar con profesionales idóneos y ofrecer medios diagnósticos y/o terapéuticos en perfecto estado de utilización. Dos son las situaciones legales aquí planteadas: reparar los daños por el hecho ajeno, o sea de los profesionales y auxiliares dependientes o contratados y reparar los daños por el hecho de las cosas, es decir de los medios y equipos con que presta la asistencia.

Referente a la primera, obviamente la obligación

es de garantía por la conducta del profesional y por lo tanto la acción u omisión indebida de esa conducta genera responsabilidad de la institución asistencial. Conviene señalar que la relación del médico con la institución es sólo administrativa y legal y que su actuación es personal de acuerdo a su capacidad, pues no tiene dependencia científica de la institución. La responsabilidad de la Clínica surge entonces con la acreditación de la responsabilidad profesional y sólo podrá excusarse, cuando no pueda demostrarse la responsabilidad del médico o que el daño es fruto de lo fortuito o culpa del paciente que reclama. Desde luego, la obligación de reparar recae en ambos, es decir clínica y cirujano y tiene por objeto el resarcimiento, el que una vez logrado a través de una parte extingue el derecho del damnificado respecto de la otra.

Reafirmando entonces, la responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud, cualquiera sea su categoría, se confunde con la de sus profesionales y subordinados para la prestación, es decir, el deudor, o sea la entidad, es responsable por las diligencias de las personas que la componen pues de ellas se sirve para cumplir su obligación contractual.

La responsabilidad por el hecho de las cosas, incrimina a la institución por perjuicios sufridos a raíz del uso de equipos o instrumentos que emplee en el cumplimiento de su contrato. Aquí el daño puede deberse al mal uso del instrumento, es el hecho a través de la cosa, tal como sería la quemadura por electrobisturí mal colocado, donde obviamente la responsabilidad directa es del cirujano o auxiliar de sala de operaciones, pero indirectamente también es de la institución. En cambio, en el daño por el hecho de la cosa o simplemente por la cosa, no media la acción humana, pues se trata de equipos o instrumental obsoleto y/o en malas condiciones de uso. Aquí, la institución es responsable por la obligación de dar seguridad, por ser propietaria o guardián de la cosa.

2) *Obras Sociales, Mutuales, Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS)*: la atención médica en un marco ideal se basa en la relación directa entre médico y paciente y demanda libre elección del profesional de prescripción y de prestación asistencial.

La asistencia colectiva, es decir la ofrecida a través de organizaciones basadas por el pago de una cuota social, es un sistema intermedio establecido por obras sociales que para Buenos²² se comportan como agentes de la seguridad social. Igual consideración merece el sistema prepago. Cuando la obra social tiene su propia entidad asistencial

adquiere la misma responsabilidad que hemos analizado anteriormente, pues se confunde su misión de cobertura social con el de prestación asistencial. De igual modo ocurre cuando ella limita de tal forma su oferta, que el afiliado sólo logra asistencia en reducido número de organizaciones asistenciales y por lo tanto se identifica también como prestadora del servicio.

Por el contrario la obra social no responde cuando el contrato celebrado con sus afiliados sea sólo un medio para aproximarlas al ente asistencial y financiar su pago. Cumple su obligación poniendo al alcance de sus afiliados el servicio, el beneficio, la entidad asistencial, e los eligen y la obra social actúa como compensadora pagando la asistencia total o parcial, según modalidad de cada obra social. En este caso por lo tanto un daño sufrido por el afiliado es asumido directamente por el hospital o sanatorio contratado.

En cambio, conviene destacarlo, hay responsabilidad de las obras sociales cuando ellas incurren en omisiones de los servicios ofrecidos o en denegatoria de los mismos, situación donde podrían involucrarse ciertas auditorías médicas. Dentro de este análisis, englobamos también la responsabilidad del Instituto Nacional de Obras Sociales que como ente encargado del registro de prestadores individuales y colectivos en condiciones de establecer vínculos con la obra social, asume la obligación de inscribir prestadores acreditados. Su responsabilidad se incrementa según Bueres²² sobre todo porque de acuerdo al Art. 23 de la todavía vigente Ley 22.269, le confiere al Instituto Nacional de Obras Sociales la función de control y conducción del sistema en base a la eficiencia del prestador inscripto. Los recamos que a este nivel se efectúan a esta entidad al respecto de los honorarios médicos caen exclusivamente en la competencia de la responsabilidad ética del organismo.

3) *Profesionales o equipos médicos sin dependencia*: si el contrato del paciente se establece con un profesional que no pertenece a la institución donde se presta la asistencia, es tan sólo el profesional quien responde ante aquél por el incumplimiento de la obligación. El ente asistencial, sólo presta la instalación y responde por lo tanto por el hecho de sus dependientes y por el hecho de las cosas.

Equipo médico

El equipo, especialmente el quirúrgico, incluye profesionales coordinados por un jefe y obviamente

te puede estar integrado antes o durante la cirugía. La doctrina jurídica y la jurisprudencia, sostienen que el jefe del equipo es quien tiene la responsabilidad tanto sea por su acción como por la de sus miembros integrantes, situación similar a la que ocurre entre clínica y profesionales dependientes.

La responsabilidad del equipo se origina en que el paciente ha aceptado un contrato que será cumplido por personas que no conoce y que actúan coordinados por un jefe, tengan o no subordinación técnica. La responsabilidad del jefe del equipo no es sólo por su labor personal, sino por la obligación de dirigir y coordinar la tarea de sus integrantes. Sin embargo, la relevancia de la prestación o el prestigio de quien la ejecute, tal como sería el caso de anestesista, determina una responsabilidad propia. Para Trigo Represas¹⁰⁴ si mediante contrato directo entre el paciente y el anestesista, o tal como acontece en la actualidad si la figura del mismo aparece perfilada en el preoperatorio, la obligación está a cargo del anestesista, quedando en el caso contrario integrado a la responsabilidad del equipo y por ende quien responde es el jefe del mismo.

Cuando el equipo está integrado por pluralidad de miembros y no haya responsabilidad solidaria por disposiciones especiales, la responsabilidad de los integrantes es concurrente, pues todos están obligados a la única y compleja prestación. Los llamados dobles equipos o la simultaneidad de actividades quirúrgicas a punto de partida de patologías complejas, individualiza la responsabilidad de cada uno.

En síntesis si bien el jefe de equipo es responsable ante el paciente, podrá como en el caso de las instituciones asistenciales resarcirse de la eventual reparación del daño pagado con la acción repetitiva ante el autor del daño e integrante de su equipo.

De acuerdo al análisis efectuado, debe concluirse que la responsabilidad ética de las instituciones prestadoras de salud, está garantizada por la nobleza de sus misiones y debe ser custodiada por quienes la dirigen y/o la componen. La responsabilidad legal estará preservada también en el cumplimiento de su obligación contractual y extracontractual y ello se funda en el deber de garantía y seguridad, tanto de los profesionales que la brindan en su nombre como de los medios que ofrecen para la prestación.

CAPITULO III

FACTORES QUE INCIDEN EN LA PROBLEMÁTICA DE LA FORMACION MEDICA

PREGRADO

Hace tiempo nadie hubiera dudado en aceptar que la Educación Médica era misión de la Universidad, tarea que hoy depende también de otras instituciones que, a sus responsabilidades naturales, han agregado la de educación.

La Universidad es una síntesis de las corrientes que desde su origen le han ido dando forma a la misión actual. La medieval, de fin primordialmente cultural y la de la era moderna con intereses en el conocimiento científico, plasmaron las distintas corrientes sintetizadas en la Humboldtiana de Alemania, basada en la búsqueda de la verdad sin condicionamientos, la francesa, donde esa búsqueda se relaciona con intereses estatales y sociales o también la inglesa cuya corriente inicial era fundamentalmente la enseñanza.

Desde luego, hoy se establecen además, otras diferencias de carácter organizativo-académicas basadas en la departamentalización de áreas para una enseñanza común entre Facultades y la departamentalización interna de una Facultad, sistemas habituales en las universidades americanas.

De todas formas la misión universitaria sigue siendo la formación del hombre, un proyecto educacional basado en integración de vocaciones y condiciones con actitudes afectivo-volitivas del educando, ello establece la diferencia entre la universidad y la escuela técnica; una razón que debe replantearse y que demanda la acción de una generación que desarrolle la capacidad de entender que la Universidad no es un medio para satisfacer necesidades laborales sino fin de servicio a la sociedad que la sostiene, un criterio que asentado en lo racional eliminará la discriminación cuando se oriente y mida la necesidad social.

Varias personalidades nacionales se han ocupado en distintas épocas de la misión universitaria y si

bien todos han emitido juicios de valor sobre ella, limito el comentario a 3 pensadores ilustres:

1) *Dr. Bernardo Houssay*⁴⁸: su pensamiento está documentado en diferentes conferencias y publicaciones. Nuestro comentario se nutre de su trabajo "Investigación clínica", donde el maestro expone sobre la función de la investigación, el sostenimiento de la misma, la ciencia y el gobierno y el papel de la Universidad.

Allí define a la Universidad como el principal centro de creación, coordinación y difusión de nuestro conocimiento, a la vez que preside la formación intelectual y técnica superior.

"La ciencia necesita libertad de investigación, de discusión y de expresión y depende de la existencia de investigadores originales que sean maestros que sirvan de guía y mentores de la juventud". "La Universidad desarrolla el amor a la verdad, al espíritu de libertad intelectual, de equidad personal y tolerancia, que son las conquistas superiores de la humanidad".

Su clase inaugural en la Cátedra de Fisiología de la Universidad de Buenos Aires el 18 de marzo de 1920, es todo un testamento docente cuando habla a sus alumnos: "Cuidaré que los conocimientos que deben armar la inteligencia no la aplasten con su peso. La tendencia a preferir soluciones simples y definitivas es vano intento, pues no puede hacerse sencillo lo complicado". "Cada uno llega hasta donde alcanzan a llevarle sus propios impulsos; el profesor puede dar estímulos, pero el alumno deberá desarrollar sus aptitudes y satisfacer su curiosidad. No hay que adormecerse asimilando sólo conocimientos digeridos, eso embota la capacidad".

2) *Ing. Rodolfo Martínez*⁶⁹: ex Rector de la Universidad Nacional de Córdoba, señaló: "La

Universidad, es la más alta expresión del pensamiento capaz de agitar la conciencia del país y el medio para acrecentar y enriquecer el acervo moral, que perfecciona y modela un espíritu humano. No es sólo enseñanza que imparte, ni vocación que suscita, ni ciencia ni historia que investiga y acrecienta; es que en ella se estimula y rinde culto a la inteligencia que se valora, porque es a través de ella que el hombre se asemeja a Dios, conoce sus propios errores y aprende a tolerar los ajenos".

3) *Dr. Agustín Caeiro*: ex Rector de la Universidad Nacional de Córdoba al referirse a la reconstrucción universitaria y a la libertad académica expresó: "La Universidad es matriz de ideas fundamentales y laboratorio donde se realizan las experiencias sociales del progreso y por ello es la sociedad que debe prestar su apoyo para organizarla, desterrando las bastardas fuerzas que uniformizan y subalternan las disciplinas, presupuesto básico de una libertad de conciencia que tiene por meta el Supremo Hacedor en vez del líder estatal"²⁵.

La universidad no es un edificio o un ambiente, aunque exista quien enseña y quien aprende, sino la institución propulsora de vocaciones que estimula la búsqueda de la verdad a través de la investigación desarrollada como hábito y como medio para acrecentar el conocimiento al mantener vivo el principio dinámico de superación. Esta tarea se complementa con la de docencia y servicio a la comunidad formando el trípede: investigación, docencia y servicio, base de las distintas actividades del saber universitario, que se encauzan en normas categorizadas, las Facultades e Institutos, ambientes donde se aglutinan la corporalidad de maestros y discípulos y origen de la comunidad universitaria.

Derisi³⁶ además y muy gráficamente perfila la misión de la Universidad destacando que en ella se estudia economía y no es una empresa, se enseña técnica y no es una fábrica, se enseña política y no es un partido político o se enseña teología y no es una religión. Es una comunidad plural donde el respeto a las ideas nace del ecuánime ejercicio directivo de estas instituciones.

En síntesis como lo destaca Perkins^{cit. 60}, la eficiencia y la investigación deben marchar juntas para satisfacer la misión que sintetiza de la siguiente manera: adquisición de conocimiento: misión de la investigación; transmisión de conocimiento: misión de la enseñanza; aplicación del conocimiento: misión del servicio público.

La Facultad es un medio para generar, transmitir y aplicar el conocimiento y está integrada del conjunto de cátedras que a modo orgánico agrupan sus actividades para brindar formación, capacidad científica y técnica y además desarrollar las aptitudes humanísticas, culturales y morales. Para ello, deben captar la necesidad, reclutar, seleccionar, formar, adiestrar, transferir y evaluar el producto de su misión, apretada síntesis de una administración de recursos, una delicada y trascendente tarea que se incrementa cuando además agrega la de acreditar la misión a través del título o el certificado. La Facultad de Medicina para Santas⁹³ "no es sólo el lugar donde se enseña Medicina, sino donde se aprende a ser médico".

La tarea de graduar un médico capacitado o por analogía un especialista idóneo está hoy afectada por diversas razones. De ellas sólo mencionamos 2 que consideramos importantes: 1) la distorsión del currículum estudiantil, que ante los vertiginosos cambios de la medicina fue plasmado anárquicamente con materias, que hizo perder el perfil profesional, tema que concita la atención de profesores y el Claustro Universitario en la actualidad; 2) el progresivo interés por el estudio de la medicina desde las últimas 3 décadas, cuyo crecimiento en la actualidad, desborda la capacidad pedagógica universitaria y demanda soluciones que aún están en el terreno de los debates ideológicos.

Como introducción al tema y en el marco de la hipótesis podríamos parangonar la responsabilidad universitaria con la de las instituciones asistenciales cuya responsabilidad es de resultado. Al extrapolar el concepto a la Universidad se evidencia la de ella ante la Sociedad también como una "obligación" de resultado lo que equivale decir, graduar un profesional idóneo. Soslayar esta responsabilidad sosteniendo que la Universidad, obviamente, no habilita al ejercicio profesional, de ninguna manera, desplaza la obligación de dar un crédito, un título que certifica. No sólo haber aprobado el curso o el ciclo de una carrera, sino fundamentalmente ser idóneo al plan de estudio impartido. El análisis implica despojarse de prejuicios, no afectarse por las críticas y participar del estudio de soluciones, si no queremos seguir siendo cómplices al silenciar nuestra responsabilidad como integrantes de la comunidad universitaria.

Nuestro análisis se hará a través de los siguientes planteos: 1) qué se quiere formar, es decir el modelo profesional que el país necesita; 2) cuántos se quiere formar, una respuesta que nace en la política de salud; 3) dónde y cómo se van a formar, es decir el ambiente y el sistema edu-

cativo; 4) quiénes lo van a formar, el cuerpo docente en sus distintos niveles, y 5) quién se va a formar, es decir el alumno.

¿Qué se quiere formar?: el país requiere un médico humano, capaz y hábil y que en la inmediatez de su graduación se encuentre competente para atender el primer nivel de la atención de la salud. La individual exige conocer no sólo al hombre enfermo sino las transiciones entre salud y enfermedad. La enfermedad no es simple lesión orgánica sino un conjunto de hechos centrados en una persona con antecedentes psicológicos, antropológicos y sociológicos. La colectiva es producto de políticas de prevención, promoción, justicia, sentido ético social y está plasmada en sistemas y planes basados en una acción comunitaria sostenida, a fin de corregir o disminuir las consecuencias sociales de la enfermedad. Cualquiera sea, individual o colectiva, el médico debe estar capacitado y actualizado, pero además imbuido de que aquellas máximas de Berard no sólo tienen vigencia en la actualidad, sino que exigen solvencia moral y sentido humano: "guerir parfois, soulagner souvent, consoler toujours" (curar a veces, mejorar a menudo, consolar siempre). Así lo planteaba Unamuno cuando decía: "No basta curar la peste, hay que saber llorarla" *cit.* ⁶³. Curar, saber y llorar, son 3 verbos difíciles de conjugar simultáneamente y para Mainetti ⁶³ sintetizan el trasfondo del contenido técnico y humano de la medicina.

En 1978, en Alma Ata, los países reunidos para estudiar los sistemas de atención de la salud, acordaron que la atención primaria era el estilo de una medicina básica requerida por los estados para responder a sus necesidades sanitarias. Allí se la definió como: "un conjunto de recursos humanos, técnicos y funciones capaces de desarrollar acciones programadas de baja complejidad, de carácter preventivo y curativo y acciones de promoción para la salud". Allí se acordó que la tarea podría cubrirse por medio del médico generalista cuya acción está centrada en la atención de la patología ambulatoria. La recomendación fue sugerida a las Facultades de Medicina de los 134 países intervinientes, incluido el nuestro, basando el proyecto en el conocimiento de la realidad sanitaria como marco referencial de su futuro profesional, formándolo para ocuparse de la salud individual, pero también de la colectiva por medio del fomento, prevención, recuperación y rehabilitación, capacitándolo para dirigir y administrar los recursos racional y científicamente. A ello debe agregarse el estímulo de las condiciones para trabajar en equipo y mantener su propio perfeccionamiento.

En síntesis, es un modelo profesional que está lejos de ser realidad puesto que salvo excepciones hay divorcio entre lo que se quiere formar y la realidad que se forma. De hecho la idea de formar un médico generalista nace como consecuencia de la atomización de la medicina en especialidades y subespecialidades, aquel modo de conocer la parte y perder el todo. Mazzei ⁷¹ fue uno de los más interesados aconsejando que ese perfil médico debía corresponderse con una medicina cuyo contenido es en esencia, conciencia, honor, moral, responsabilidad, libertad y caridad. De igual modo, hace 10 años, en la Academia Nacional de Medicina, destaqué la misma necesidad planteando las causas de la mala formación profesional ⁷⁰.

Lain Entralgo ⁵³ destaca 3 aspectos fundamentales en la formación del médico: 1) adquisición de conocimientos científicos y técnicos; 2) posesión del ejemplo brindado por el magisterio; 3) estudio de Humanidades Médicas.

Para Caeiro ²⁴ el perfil médico debe satisfacer las siguientes premisas: conciencia de que su tarea médica es actividad de servicio destinada a prevenir la enfermedad, curar y aliviar al enfermo; conciencia y responsabilidad de la función social del acto médico; conciencia comunitaria para sentirse miembro de la comunidad y desarrollar una función universal basada en la cultura básica y conocimientos de la ciencia en los que se funda la medicina.

En síntesis, necesitamos un médico que tenga la humildad de saberse miembro de un sistema que atiende al enfermo según necesidades y complejidades y además con el orgullo suficiente para comprender que su misión profesional en la atención primaria de la salud no es la escala inferior de la atención médica sino la primera en un orden naturalmente establecido.

Sin embargo, los recién graduados encuestados al respecto del valor de su formación médica para la atención primaria de la salud, sólo un 11% consideró que el sistema satisfacía su aspiración de médico, el 59% lo considera como una necesidad programada del estado, el 24% lo relaciona a la eventual limitación de su formación y un 5% la considera una medicina de inferior calidad. Ello vale para destacar que debe intensificarse la información sobre atención primaria de salud y médico generalista.

Aceptaremos que nuestro recién graduado habitualmente tiene dificultades para el ejercicio inmediato, pues tanto su capacidad como habilidad no satisfacen la idoneidad. Al respecto el 98% de pro-

fesores encuestados consideran que el recién graduado no logra idoneidad adecuada al ejercicio inmediato. El 56% de estudiantes respondieron que la Facultad no les brindaba formación, en cambio los graduados en el 100% admiten fallas en la formación discriminándolas: 53% a fallas metodológicas, el 37% a falta de oportunidades y medios por exceso de alumnos y el resto a dificultades de orden estructurales y pedagógicas.

Si bien el muestreo no es el suficiente para emitir opinión válida, permite inferir la realidad que los docentes conocemos, desde hace tiempo; se está graduando deficitariamente y las causas son varias.

Sólo un freno moral al saberse incompetente será garantía de responsabilidad, en cambio aquel profesional sin valores morales y además incapaz, estará más expuesto a la malpráctica y en consecuencia a los reclamos jurídicos, y quizás cargará su fracaso en la cuenta de las complicaciones. Felizmente entre ambos ejemplos hay un profesional que tuvo la oportunidad, limitada por cierto, de integrarse a una actividad docente asistencial para lograr la capacidad elemental que estamos reclamando.

El hiato entre lo que se quiere formar y lo que se forma es una diferencia mensurable que representa la dosis de estímulo para quienes debemos participar en la elaboración de medidas correctivas. De lo contrario valdrá repetir con Terencio: "Cuando no se puede lo que se quiere, hay que querer lo que se puede".

¿Cuántos se quiere formar?: el planteo exige respuestas claras para analizar una verdad sumergida en los silencios y controlada por conductas dependientes de una miopía que desenfoca la realidad y que incrementa la cuenta de la estolidez humana.

Los derechos de aprender y su creciente aspiración están limitados porque el interés se centra en el estudio de profesiones tradicionales reducidas a la realidad de los excesos. La orientación profesional hacia otras ramas del saber o del trabajo y fundamentalmente la adecuada proporción médico-habitante es parte de soluciones serias y estables.

Desde luego, una universidad no podría desarrollarse si el estado o la sociedad no acuden a dotarla de presupuestos acordes para incrementar personal, equipamientos, bibliotecas, a fin de armonizar la relación docente-alumno, puesto que si bien es cierto no son estructuras reducidas a minorías, tienen el peligro de la masificación. Aquí

la solución será medir lo que es el tamaño pedagógico lógico, aquel que respeta el derecho de ingresar a través de la probada aptitud⁷⁴. En síntesis racionalizar en base a políticas que eviten la doble imposibilidad, de formarse primero y de trabajar después.

La admisión universitaria es un tema polémico debatido entre autorizados e interesados, ambos con razones sustentadas en principios distintos, pero de resultados idénticos: la idoneidad, para unos lograda a través de la proporción pedagógica, para otros, por aumento de su capacidad. Resulta prioritario informar al estudiante las actuales restricciones al ejercicio profesional por la plétora médica, pues imponer autoritariamente cuántos y quiénes deben ingresar, establece la discriminación. Reemplazar la imposición por disuación y orientación hacia el estudio de otras carreras, evidentemente, es lo mejor. La irrestricción al ingreso universitario sujeta el derecho de estudiar, pero al crear plétora estudiantil altera la proporcionalidad docente-alumno y afecta la formación. En mi criterio, sólo puede mantenerse la irrestricción con aumento de la capacidad docente tanto de pre como postgrado, pues sería inadmisibles reemplazar calidad por cantidad, un criterio que también comparten Neghme^{cit. 84} y Rodríguez Castells⁸⁴. La simpleza de aumentar el número de escuelas médicas sin requisitos estructurales o de personal docente, son soluciones irracionales cuando dependen, como en el actual momento, de la limitación económica o cuando ignoran la necesaria adecuación médico-habitante.

Junto a la relación docente-alumno afectada por el exceso, está la distorsión de la relación alumno-enfermo. Su aglutinamiento alrededor de la cama del enfermo, no sólo perturba la docencia, sino que avasalla la dignidad del paciente, una situación planteada en la actualidad que reclama soluciones basadas en la voluntad de cambios más que en la de imaginaciones creadoras. Por otra parte, hay que asumir también la defensa de la dignidad del alumno que no puede depender de una dádiva docente o de la caridad del enfermo que se presta a la enseñanza. El respeto hacia ambos y la responsabilidad universitaria demandan el racional equilibrio.

Las actividades en consultorio externo y en los centros periféricos referenciales de un Hospital que ampliarán la capacidad docente son recursos de interés, pero no reemplazan al internado que permite mejor desarrollo del juicio clínico. No obstante, siendo la patología ambulatoria la más común, debe insistirse en su utilización para la docencia.

Cualquiera sea el lugar donde ella, se desarrolle, lo importante es contar con el enfermo que permitirá al alumno acumular experiencia y razonar sus decisiones. Además el paciente es en sí mismo la distinta edición de la enfermedad, y el único medio para desarrollar la empatía profesional. Realmente no hay mejor cátedra que la cama de hospital. Allí se convive con el dolor y el infortunio y se desarrolla la sensibilidad y la comprensión para entender la necesidad humana. Allí nace el calor humano que distingue una unidad docente del simple abrevadero de conocimientos³⁵⁻⁹¹.

Antes de terminar estas consideraciones respecto a las consecuencias de los sistemas de irrestricción, vale mencionar que otro condicionante de la alteración docente-alumno es la desaparición y/o limitación actual del Hospital Escuela Universitario, pues a pesar de ser reemplazado satisfactoriamente por el Hospital Público, está también saturado de alumnos. No debe olvidarse que este hospital, primordialmente asistencial, no siempre está interesado en la docencia de pregrado y además, al menos en nuestro medio, han comenzado a plantearse serias deficiencias edilicias, que exigen una limitación. Por otra parte no escapa al análisis la eventual situación conflictiva que significa ejercer la tarea docente independientemente de la asistencial, a cargo de otros profesionales. Ha de convenirse que solamente la integración docente-asistencial es el mecanismo que no sólo facilita la docencia sino permite la adecuada coherencia en la enseñanza.

La restricción al ingreso universitario es un criterio, como lo hemos dicho, basado en la capacidad de lo posible y además en la selección de aptitudes psicofísicas, intelectuales y humanas. El estudiante que inicia los estudios de medicina debe asumir que recién podrá ejercer dentro de 10 años y que la armónica relación docente-alumno le facilitarán una graduación idónea.

Las necesidades de salud, presentes y futuras, no podrán satisfacerse recurriendo al simple criterio de aumentar el número de médicos sin considerar la salida profesional. Hace 30 años extender el servicio de salud significó aumentar el número de médicos; 10 años después estábamos reclamando calidad en la formación profesional; hoy, además, planteamos el problema del costo de la graduación y/o del servicio.

Estas son algunas de las razones que influyeron en los cambios de la educación médica, donde había períodos en que se imponía la selección y cobraban valor los cursos de introducción universitaria y se reconocía la importancia de la enseñanza práctica, los practicantados y las residencias.

Fueron los tiempos donde parecía haber más interés por el cómo hacer que por el cuánto, por qué y para qué hacer⁴⁴. Así, a partir de 1969 con 90.000 alumnos en las facultades de medicina latinoamericanas, se llegó en 1971 a 178.000 alumnos, origen del movimiento pendular de la restricción al ingreso universitario, que entre nosotros, ocurrió entre 1961 y 1973, 1977 y 1983, un tema controvertido cuya solución no es el simple limitar sino orientar hacia otras carreras jerarquizadas y con real inserción en el medio social.

Ninguna medida logrará resultados sin la sostenida acción de promocionarla y efectivizarla. La solución debe partir de planes racionales y desde las etapas pre-universitarias, una tarea de los fuertes, de los que arriesgan costos y no temen perder.

En la actualidad hay aproximadamente 70.000 alumnos en las Facultades de Medicina con 7.000 docentes de todo nivel, una relación desproporcionada que se evidencia mucho más en ciertas Facultades.

Parcializando la cifra y según información a octubre de 1987 el número por Facultad figura en el cuadro 1.

CUADRO 1

Facultad	Alumnos	Docentes
Buenos Aires	15.182	1.454
Córdoba	11.135	1.169
La Plata	10.843	1.031
Nordeste	7.181	689
Rosario	6.506	866
Tucumán	5.856	464
Cuyo	2.508	857
Universidad Del Salvador	457	152
Universidad Católica de Córdoba	360	189

De todas maneras debe quedar claro que limitar debe ser consecuencia de la capacidad pedagógica y que ello no atenta ni discrimina socialmente. La alternativa es aumentar esa capacidad con el fin de que las garantías de calidad e idoneidad y la responsabilidad universitaria que analizamos no se altere. Igual consideración merece la situación del estudiante que trabaja, pues ello no puede admitirse como justificación de una deficiente formación. Si se ha aceptado el compromiso de atenderlo, deben instrumentarse los medios para que no sea un profesional discriminado por su incapacidad y para que la Universidad no incremente su responsabilidad.

Para completar el comentario analizamos el tema por medio de la encuesta en los 3 niveles. Adhirieron por la limitación al ingreso el 86% de los estudiantes, el 91% de los graduados y el 100% de los profesores y las razones invocadas fueron la mala formación por exceso de alumnos y el propio exceso profesional. El 14% de estudiantes que opinaron a favor del ingreso irrestricto lo hacen con la alternativa de orientación al estudio de otras ciencias de la salud o con incremento de escuelas de medicina.

La solución por la orientación al estudio de otros recursos para la salud fue considerada por los graduados en un 50% como poco seleccionadas por falta de promoción, en cambio el 50% restante la consideró de menor jerarquía y/o mal retribuida. El 67% de los profesores opinaron que el problema de la escasez de recursos en otras áreas de la salud se revertiría jerarquizando las mismas. En cambio el 25% consideraba que la solución es mejorar la retribución de estas profesiones.

Una consideración hermanada a este análisis es la plétora médica. La Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Mundial de Educación Médica, reunieron en Acapulco en 1986 a representantes de 40 países y analizaron el problema del desempleo médico y el costo de la educación médica. Bankowski¹¹ señala que en Italia hay 45.000 médicos desocupados, 40.000 en la India, 33.000 en España, estima que en EE.UU. habrá un excedente de 70.000 médicos en 1990 y 150.000 médicos para el año 2000 y que prospectivamente habrá 250.000 médicos de más en el mundo para el año 2000, algo que supone una "burla" y un "derroche" en el año de "salud para todos". Anderson⁹ destaca que en 1982, en el Caribe y Latinoamérica se registraban 295.000 médicos y había inscriptos 300.000 alumnos en las Facultades de Medicina. Al respecto comparemos que en la Argentina en 1977 había 55.000 médicos y en 1982, 80.000 médicos lo que significa un médico cada 350 habitantes, una cifra aproximada a la informada actualmente.

La relación médico-habitante 1/700 comparada con la actual, evidencia la alteración de la ecuación costo-beneficio, máxime cuando el gasto para formar un médico es el mismo que se requiere para formar 6 enfermeras, recurso de salud reconocido como insuficiente.

Para Soberón Acevedo⁹⁸, no controlar voluntades o dejarlas evolucionar espontáneamente en el marco del libre albedrío en el terreno profesional, ha creado una deformación tal que obliga a tomar soluciones drásticas como las que Bryan y Geill-

horn²¹ proponen: cierre de facultades, limitación al ingreso, incremento de educación al graduado y necesidad de jubilar más precozmente al médico.

Es real que limitar frena el impulso de una juventud que busca superación, pero no es menos cierto e impactante ver a médicos conduciendo taxis, vendiendo artículos en la vía pública u otras tantas soluciones laborales; ello evidencia la responsabilidad de una mala inversión de tiempo, de dineros y una relación costo-beneficio sin respuesta. Ello mutila la ilusión de quien ingresó con el anhelo de ser y de servir y peligrosamente incrementa la cuenta de la insatisfacción social.

Sin embargo existe la paradoja de médicos sin enfermos y enfermos sin médico. Ello es consecuencia de varios factores, pero fundamentalmente de la falta de promoción para el asentamiento profesional en zonas de condiciones dignas para el ejercicio, y de la incapacidad para asumir riesgos, es decir de competencia.

A modo de síntesis y como recuerdo a la figura del Dr. Andrés Santos digamos con él, que la solución armónica es fruto de: lo que el estudiante quiere, lo que la Facultad puede y lo que el país necesita.

¿Cómo se van a formar?: La formación del sentido de responsabilidad del alumno en el marco de la democracia y libertad, fundamentalmente debe promover la necesidad de reforzar el sentido de la obligación docente.

El proyecto básico, además de dotarlo de la capacidad y habilidad, es enseñar a aprender, enseñar que asumir la responsabilidad de pedir cuentas, va unida a la responsabilidad de saber dar cuentas. Por eso, como más adelante veremos, la responsabilidad del alumno demanda un cuerpo docente preparado e interesado en la problemática. Diplomar es una responsabilidad que requiere rigor y exige dedicación.

La educación médica, verdadero instrumento de la salud ha sido objeto de análisis en diversas y calificadas reuniones científicas. Las realizadas por la Asociación de Facultades de Medicina Latinoamericanas son un punto referencial básico al acordar que: 1) es imprescindible conocer los fundamentos de la educación; 2) los principios generales de la educación deben aplicarse a la enseñanza; 3) debe haber toma de conciencia del problema y 4) más que promover educación, debe haber un cambio en el docente.

La formación del médico generalista, aquel que satisface las necesidades de la atención primaria

de la salud, reclama objetivos claros plasmados en el curriculum estudiantil; un proyecto educativo integrado de aspectos filosóficos, metodológicos, pedagógicos y administrativos y con adecuada distribución de contenidos en el tiempo y en el espacio. Nutre su concreción en el informe Flexner que, en EE.UU. a comienzos del siglo, planteó las diferencias de una enseñanza rutinaria de la medicina y la necesidad de mejorar los intereses de la salud pública a través de los cambios de la enseñanza, pero facilitó la práctica del criterio único.

La educación médica está basada en la adquisición de hábitos, desarrollo de aptitudes y estímulos por aprender una enseñanza práctica, objetiva y razonada que permitirá aplicar en forma deductiva el conocimiento adquirido¹². Es un equivalente a la mayéutica socrática "parto intelectual", basado en la inducción para enseñar a pensar. Ello es fruto de la pedagogía de contacto y de la conducción docente afectuosa, pues en ese marco se inicia el proceso de transferencia del conocimiento y de la imitación ética. Ese respeto y tolerancia desarrolla la libertad y la confianza para emprender el progresivo camino de asumir riesgos y amasar el lento capital de una experiencia.

El curriculum estudiantil ha sido y es permanente preocupación de las Facultades de Medicina. La nuestra, desde su creación en 1877 hasta la fecha tuvo 4 planes de estudio: 1878, 1918, 1921 y 1974, cada uno refleja la evolución de la medicina. En los primeros había dominio de ciencias básicas, luego de las prácticas y más recientemente la integración de clínicas y especialidades. Desde un modelo francés en la educación médica se fue tendiendo hacia el modelo americano³¹. Al criterio enciclopedista, basado en suma de materias se lo intentó corregir a partir de 1970 con la creación de Unidades Académicas con el principio de coherencia en la enseñanza, un objetivo no logrado y que veremos ratifica la opinión de la encuesta realizada. Recientemente se han creado las Unidades Curriculares, agrupamiento de materias afines bajo el principio de la concepción integradora del conocimiento y el interés de coherencia en contenidos metodológicos y en sistemas evaluativos. Un tema todavía debatido a nivel académico y por lo tanto, el problema subsiste.

Varias consideraciones merece el curriculum estudiantil que como sabemos también ha tenido diferentes cambios en las Facultades de Medicina nacionales. El análisis sobre el particular a través de lo acontecido en Córdoba es parangonable al resto del país y la discriminación resultaría sumamente tediosa. Así por ejemplo resulta de interés recordar que en el plan de 1974, el curriculum era

en Córdoba la síntesis de 4.700 horas de actividades prácticas y teóricas, una proyección que en la actualidad sin duda diluye la cifra. Pero lo que realmente interesa desde nuestro punto de vista es que tal como sucede en otras Facultades, el estudio de la deontología médica es realmente escaso, con un total para ese año, de 96 horas. Hoy sobre 2.350 horas se dictan 24 horas de medicina legal.

Los estudios humanísticos no son una panacea pedagógica, pero con la incorporación de la ética en la enseñanza pueden sensibilizar los valores estudiantiles ante las diversas situaciones que se le plantearán más adelante en el ejercicio de la clínica⁵⁹.

La educación médica, medio para el desarrollo de conductas profesionales adecuadas a las distintas áreas de salud, demanda definir nuevamente el perfil médico con la integración de cualidades afectivas, volitivas, junto a la capacidad y la habilidad, es decir, el ser, el saber y el saber hacer⁴⁷.

La competencia profesional que para Santas⁹³, es armonía entre lo intelectual y lo ético, nace de virtudes humanas que devienen de un código familiar y social que deben reconocerse en el educando. Estos valores morales dotarán al perfil profesional de un estilo perdido que permitirá equilibrar la conducta ante la deshumanización tecnológica y la plasmara de contenido humano, no como un hecho simbólico sino como medio para salvar la dignidad humana agredida, criterio al que adhieren varios autores y que además va plasmando al cuerpo docente y profesional³⁻⁴⁻⁶⁴.

Junto al desarrollo de aspectos éticos, hay que incrementar el acervo cultural, basado en que la cultura no es refinamiento espiritual ni medalla para colgar de una solapa o joya para guardarse o título para sentirse superior, sino un medio para conocer mejor al hombre¹⁰⁶. Es decir, no sólo integrar la actividad científica al programa y brindarla en unidades docentes que llenen bolsones de ignorancia y eviten áreas superpuestas, sino también estimular el desarrollo de las condiciones éticas, culturales y humanas del estudiante⁶⁶. Ello será el medio para cultivar el arte de observar, pensar y razonar, requisitos para utilizar esa "herramienta" que significa el conocimiento y la habilidad adquirida. La armonía entre lo cognoscitivo y lo volitivo es base para el ejercicio idóneo y responsable. Para León⁶⁰ la escasa capacidad y habilidad configuran la incompetencia profesional, pero las insuficiencias de actitudes humanas, morales y culturales son causas que también incre-

mentan la demanda legal. En síntesis, se está graduando un profesional distinto al que se demanda y 2 son los factores condicionantes: la desproporción docente-alumno y la falta de adecuación curricular al perfil del médico generalista.

El gran tema que condensa la responsabilidad de las instituciones educacionales es la evaluación, pues el objetivo de graduar y acreditar, es una suma de atributos que surgen de la administración de recursos metodológicos y pedagógicos. La evaluación es el medio para conocer procesos y resultados, un sistema debatido en teorías que no siempre reflejan la realidad, pues la calidad profesional no es la simple capacidad sino consecuencia de una selección, de evaluar valores y conocimientos. Evaluar puede asimilarse a medir acto de comparar una medida con un estándar y emitir un juicio por esta comparación. Al respecto, Díaz Barriga³⁷ destaca que evaluar es más trascendente que una simple medición y considera que podría ser un condicionante social, un nivel que exige medir y fomenta el individualismo e induce a la tendencia de sobresalir en vez de aprender. No obstante, considero que no debe aplastarse el deseo de superación, pues se induce a la masificación y se bastardea el estímulo de crecer primero individualmente para hacerlo luego colectivamente.

Desde luego, la mejor forma de evaluar es la que permite la pedagogía de contacto, de la armonía docente-alumno, una situación que está lejos de ser realidad. Tamizar la incompetencia es la tarea docente final. Ello debe permitir conocer lo que el alumno aprendió en vez de evaluar lo que el profesor enseñó. Sin embargo lo más importante es conocer la capacidad y el desempeño del educando para asumir progresivas responsabilidades, un sistema educativo-evaluativo que es norma en las universidades de EE.UU. y en varias de las europeas³⁸.

De real interés resulta comentar las opiniones de los 3 niveles consultados respecto del plan de estudio de medicina, que como sabemos no sólo tiene diferencias metodológicas en las distintas Universidades sino también pedagógicas entre las propias Facultades o aun en las Unidades Académicas. El 88% de los graduados consultados consideran que cirugía de pregrado se dicta en forma desigual entre las cátedras de una Facultad. Los profesores en el 81% señalaron que el plan de estudios de medicina es diferente en las distintas Facultades. Las fallas en la formación de pregrado fueron categorizadas por los estudiantes de la siguiente manera: 1) falta de contacto con los enfermos; 2) falta de recursos humanos; 3) fallas metodológicas que impiden el desarrollo de habilidades y 4) di-

ficultad en la integración docente-alumno. Los graduados en cambio priorizan las fallas metodológicas e imputan la alteración del sistema a la falta de oportunidades por exceso de alumnos.

La enseñanza de la cirugía referida a la formación de un médico generalista fue otra pregunta consultada a los 3 niveles. El 54% de los estudiantes la consideraron adecuada, el 41% insuficiente y el 5% excesiva. En tanto los graduados (residentes de cirugía) destacan: el 16% haber logrado alguna habilidad, el 55% haber adquirido sólo escasos conocimientos, un 12% haber logrado una buena información y el resto manifiesta no haber adquirido conocimientos ni habilidades.

Los profesores respondieron sobre la enseñanza de cirugía de pregrado de la siguiente manera: el 74% que brinda conocimientos mínimos sin habilidades; el 19% que brinda habilidades adecuadas al perfil del médico generalista y el 7% escasas habilidades para la cirugía. Ello avala el interés de reconsiderar el curriculum estudiantil y planificar con coherencia la enseñanza de la cirugía en el pregrado.

Llama la atención la respuesta de los estudiantes al respecto del valor de los conocimientos del ciclo básico y si le permitieron o no integrarse con facilidad al ciclo clínico. El 70% respondió que no se adecuaron a las exigencias del ciclo clínico y las deficiencias fundamentales fueron marcadas en la siguiente proporción: 46% microbiología, 44% anatomía, 44% física biomédica, 41% fisiología, 23% química biológica, 17% parasitología, 16% anatomía patológica y 11% histología. El 63% de los graduados propone planificar la enseñanza y el resto incrementar el ámbito de la misma. Los estudiantes en el 54% proponen armonía alumno-enfermo y el resto aumentar la capacidad pedagógica.

En síntesis reiteramos que la desproporción docente-alumno, la falta de perfil curricular y las fallas metodológicas y pedagógicas son las causas más importantes en la alteración de la formación profesional.

Dar alas al que quiere volar es un acto que satisface el deseo estudiantil, pero darle alas al que puede volar es la trascendente responsabilidad universitaria que juzgamos. Ello implica enseñar acorde al modelo profesional que el país necesita y evaluar para garantizar la responsabilidad universitaria: egreso restringido.

¿Quiénes lo van a formar?: La primera condición del docente universitario y del profesor de cirugía en particular es, además de conocer su ma-

teria, ejercer o haber ejercido la cirugía, requisito que distingue al auténtico profesor, cuyo despacho es el amplio límite de la sala de internados y del quirófano y lo diferencia de aquel profesor que sólo puede mostrar lo que otros han realizado.

De principio, cada consulta médica es un acto docente y esa enseñanza, está basada en la actitud ética del ejemplo de lo que dice y hace el médico. Por eso enseñar cirugía es hacer sentir y demostrar la cesión del conocimiento. Puede enseñarse por medio del cuerpo docente habilitado o también con la participación plena del servicio, haciendo notar la presión paulatina de las responsabilidades para asumir distintas decisiones en la actividad quirúrgica¹².

Lo primordial en la docencia, es la autoridad basada en el respeto y la exigencia que desplaza al facilismo demagógico, una actitud utilizada como un medio para equilibrar la incompetencia docente. Junto a la autoridad, hacen falta condiciones morales, culturales, humanísticas y además el sentido organizativo y administrativo que cualquier tarea demanda.

Enseñar ética y transmitir los hechos morales es tarea que radica en el ejemplo, y por eso las normas y códigos serán interpretadas por el estudiante sólo cuando las teorías morales del docente coincidan con las teorías enseñadas por él. La tendencia imitativa del estudiante se torna peligrosa cuando se nutre de conductas antiéticas y por eso, la selección docente y su acreditación permanente son medios para lograr confiabilidad en esta jerarquizada misión de la docencia⁸²⁻⁸⁶. Al respecto, la encuesta a los estudiantes sobre el eventual divorcio entre lo que se enseña y lo que se practica en la profesión señaló que el 43% lo encontró en los profesionales no docentes, el 32% entre quienes le enseñaron y sólo el 25% señaló la coincidencia.

Planteada la insuficiencia de la enseñanza de la ética, en la encuesta a los señores profesores al respecto de la forma en que ella debiera ser estudiada, el 88% consideró que debía ser escalonada durante la carrera y dictada por los docentes de cada cátedra. El resto consideró que debía impartirse por especialistas en Medicina Legal.

Otra condición de gran valor docente es la honestidad científica del profesor, patrimonio moral de su vida, evidenciado en publicaciones, reuniones, congresos; es sustento de la autoridad que exige la docencia y es reflejo de la condición que estamos analizando. La autoridad se funda en los actos de fe que una persona hace ante otra, de

temas o hechos que manifiesta conocer y para que sea creíble, debe tener, no sólo competencia en el conocimiento, sino veracidad en la información, que es igual a tener verdad moral. Esa honestidad intelectual de buscar, aceptar, vivir, amar y transmitir la verdad, es un estilo de vida y demanda ser reconocida por todos, para descubrir al deshonesto en la más sutil y ventajosa mentira: agigantarse en la falsedad y crecer al amparo de un silencio tolerante. Es a mi juicio, una responsabilidad de Cátedras y Facultades, porque a ellas compete la misión de formar el cuerpo docente y por lo tanto reconocerlo es tarea primordial para evitar incorporarlo. Séneca decía: "Elige por maestro aquél a quien admires, más por lo que en él viéreis, que por lo que escucháreis de sus labios".

Para Faure la ciencia es un arma poderosa capaz de volverse funesta, si no está tutelada por otra fuerza profunda que asciende desde el fondo del alma. Llamada conciencia. Otro atributo que junto a la ecuanimidad, virtud que iguala el ánimo y equilibra el juicio, permitirá al docente conocer en la intimidad al estudiante y estimular con su ejemplo, la capacidad para enfrentar futuras situaciones críticas.

La encuesta sobre las condiciones que el estudiante más aprecia en el docente, destacó sus cualidades docentes en el 69%, la rigurosidad en el 13%, la afectividad en el 11% y la actuación profesional en el 8%.

De acuerdo a Ruiz⁹⁰ enumeramos los requisitos deontológicos docentes: 1) adquisición ético profesional de carácter individual y social; 2) desarrollo y afianzamiento de conductas y aptitudes sobre el interés comunitario del magisterio; 3) contar con espacio para reflexión, el estudio y la integración de conocimientos; 4) conocer lo indispensable para el ejercicio de la docencia; 5) conocer los aspectos administrativos de la organización; 6) adherir a los valores de la cultura nacional y los principios de la vida democrática.

Además, debe tener dominio psíquico y físico, decoro, control de emociones, amor por sus alumnos y prudencia, justicia, fortaleza, templanza, virtudes para combatir la soberbia, la injuria, la avaricia, la envidia y el resentimiento, que tantas veces alimentan el espíritu y estimulan las conductas que chocan en el ambiente de sus relaciones. La falsa humildad, es una soberbia oculta, un legado habitual del resentimiento, mala virtud que envenena el espíritu y altera la conducta de los hombres. También como aquel deshonesto es necesario conocerlo para poder apartarlo.

No puede quedar marginado del análisis la jerarquía económica que requiere la docencia universitaria de acuerdo a su trascendente misión. Ello no debe ser la conquista de una huelga sino la justicia de un gobierno. La Universidad debe tener docentes bien remunerados y fundamentalmente de tiempo completo, medios para exigir el cumplimiento responsable de la tarea.

La Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, está integrada por 745 docentes con jerarquía de cargo simple, 277 con la dedicación semi exclusiva y 57 con el de tiempo completo, una cifra exigua al compararla con las universidades extranjeras, pero similar al resto del país. Personalmente creo adecuado estimular el acceso a la cátedra universitaria, luego de cumplidas las etapas de diferenciación profesional y docente, reservando la educación de postgrado para docentes con años de experiencia, pues la Universidad no puede perder, por imperio de una ley, un capital científico y humano que tanto costó acumular.

¿Quién se va a formar?: El análisis del alumno, fin trascendente de la misión universitaria, es aquel que justifica el esfuerzo del servicio docente.

Más que modos de enseñar hay modos de aprender, un concepto que expresa Maraón y demanda conocer la personalidad del estudiante cuyo deber es participar y aprender para formarse, y su derecho, el respeto a su persona. Conocer sus condiciones morales y aptitudes no son freno al ingreso sino medios para orientar y seleccionar al futuro profesional en cirugía. La estabilidad psicoemocional es un requisito para asumir la responsabilidad de tratar una vida humana asumiendo riesgos que no puede compartir. Por ello el perfil estudiantil no debe quedar librado al azar o a la tarea de gabinetes psicopedagógicos exclusivamente. Será el propio docente en un marco de afectuosa relación, quien irá conociendo al estudiante mientras él va despertando sus aptitudes a nuevas responsabilidades. Al respecto varios autores¹³⁻⁶⁴ han estimado la necesidad de reconocer la calidad de la personalidad y estimular en el marco del respeto, el infinito deseo de aprender y colaborar que tiene el estudiante, una tarea que por diversas causas no se cumple debidamente. Se destacan la falta de iniciativa del docente, la insuficiencia de metodología y especialmente la ausencia de afectividad en la relación docente-alumno. Por otra parte debe aceptarse que ello es el único medio válido para facilitar la forma de aprender del educando y reconocer las inseguridades presentes y futuras⁹². El 57% de los estudiantes encuestados al respecto de su futuro

profesional, han manifestado la inseguridad para ejercer y el miedo a provocar daño, un 29% señala la preocupación por falta de oportunidad laboral y un 14% teme ejercer en lugares que no desea. Estas consideraciones junto a las anteriores, valen para reiterar la necesidad de conocer la personalidad del estudiante, sus deseos y aspiraciones a fin de hacer entender que la inseguridad es el presupuesto de la permanente estimulación que nunca alcanzará a satisfacer plenamente. Sólo la armonía pedagógica, la metodología coherente al objetivo de graduar eficientemente y un cuerpo docente altamente capacitado permitirá al estudiante alcanzar la capacidad para ejercer en la inmediatez de la graduación.

En síntesis, con respecto a la educación de pregrado la responsabilidad universitaria, se puede dividir en 2 niveles: 1) el alumno que "sufre" una desilusión por no alcanzar su meta y 2) la sociedad que "sufre" la consecuencia del profesional no capacitado.

POSTGRADO

Son válidas las mismas consideraciones planteadas en el pregrado es decir las necesidades, los medios y los sistemas.

La educación continuada es producto de una necesidad de renovar, actualizar y perfeccionar el conocimiento y no sólo es un proyecto escalonado sino un principio basado en el trípode formación, perfeccionamiento, producción y en el criterio de que incrementar la educación médica es mejorar la atención médica, fin de los recursos humanos para la salud⁴⁷⁻¹⁰⁷. En realidad, como lo señalan Manrique y colaboradores⁶⁵ el programa se agrupa en 3 períodos: formación básica, diferenciación y actualización. Cada uno involucra distintas responsabilidades y debe estar a cargo de instituciones y docentes eficientes.

La educación de pregrado es el comienzo para iniciar la actividad médica, aquella sostenida en el tiempo del entusiasmo y del éxito profesional. La tendencia al estancamiento es consecuencia del hábito, sólo revertido por planes de una educación médica continuada. Junto a esta razón, está la tasa de olvido por alteración de la memoria y la necesidad de renovar el conocimiento, una conexión entre lo viejo y lo actual, algo que significa desaprender y aprender de nuevo.

La educación médica continua es el único tratamiento conocido para la natural obsolescencia progresiva de la competencia profesional que tiene síntomas de extensión universal, pero a veces

de carácter asintomático⁷². Conocer y aceptar esta progresión natural, es base para una corrección terapéutica y fruto de la obligación de seguir siendo competente en salud, actualizando conocimientos, habilidades y destrezas.

La obligación de estimular la autocapacitación profesional requiere además programas de actualización y especialización, integración docente-asistencial, bibliotecas, idiomas, cursos de apoyo a la investigación y estadísticas, una tarea de las escuelas de postgrado universitario habitualmente no cumplidas por la insuficiencia de ambientes, de docentes y de medios.

Quienes hemos tenido la oportunidad de conducir organizaciones científicas ligadas a esta etapa de la educación médica, como es el *Círculo Médico de Córdoba*, sabemos del interés del graduado para alcanzar la idoneidad profesional que no logró. Aquí también las limitaciones estructurales y de medios alternan con la voluntad y el espíritu de colaboración de las sociedades científicas integradas en la *Escuela de Graduados del *Círculo Médico**, organización creada para apoyar la tarea de la *Facultad de Medicina*. Obviamente, el comentario puede extenderse a distintos ámbitos científicos nacionales y/o provinciales.

La educación médica existió siempre, su interés es consecuencia del desarrollo que demanda permanente actualización, una tarea que desbordó la capacidad de la *Facultad de Medicina*. El progreso era integrado en los ambientes científicos y en los servicios hospitalarios que dieron forma a las *Escuelas Médicas Quirúrgicas*, cuya vigencia, quizá despersonalizada en la actualidad, se mantiene en sus principios, es decir, conciencia de pertenecer a un grupo, unidos por el impulso de adhesión a la excelencia moral y científica de un Jefe o de un sistema. De todas formas, el hospital, el servicio de cirugía y el ambiente de una sociedad científica siguen siendo los medios idóneos para la educación médica de postgrado.

Los Departamentos de Graduados de las *Facultades de Medicina*, surgieron de una necesidad integradora de la actividad docente desarrollada en las cátedras universitarias por medio de cursos de postgrado. La concreción de esta tarea resultó limitada por diferentes causas y son las razones que justifican la responsabilidad asumida por las instituciones científicas nacionales y provinciales de distinto orden. Fruto de ello nació la *Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina* y la educación quirúrgica asumida por la *Asociación Argentina de Cirugía*. Ambas son, en la actualidad, el más alto nivel de la educación de postgrado en el país.

En Córdoba la experiencia fue similar, el postgrado fue actividad de las cátedras universitarias de pregrado y fueron los cursos de largo aliento como el de *Anestesiología* o el de *Salud Pública*, los que conformaron el núcleo de la *Escuela de Graduados* de hace 30 años. El resto de la actividad giró alrededor del *Círculo Médico* cuya misión se extiende en la actualidad a través de la labor de sus 35 filiales concretadas en cursos de postgraduados de corto y largo alcance.

La creación del *Consejo Asesor de Educación Médica de Córdoba* en 1968, integrado por todas las *Instituciones Médicas*, permitió conocer medios y necesidades con el fin de apoyar y asesorar a la *Escuela de Graduados* de la *Facultad de Medicina* en la tarea de planificar, proyectar, desarrollar y evaluar la docencia de postgrado en la provincia. Este principio plasma la actual programación de la *Escuela de Ciencias de Salud* con el criterio de conducir el proceso metodológico y apoyar y efectivizar el proceso pedagógico en la tarea de las instituciones científicas. En otras facultades se cumple también de manera similar ya sea a través de cursos especiales de largo alcance, o de sistemas integrados a tal fin.

De todos modos los *Facultades de Medicina* no pueden olvidar la obligación primaria de satisfacer la educación del pregrado, cuyas limitaciones ya hemos analizado. Por ello parece lógico que un *Departamento de Graduados*, incrementemente y facilite la labor docente extrauniversitaria, especialmente porque la extensión universitaria está limitada operacionalmente y por lo habitual son las instituciones científicas quienes ejercen el liderazgo en estas actividades.

La responsabilidad de delegar tareas docentes se acrecienta con la de categorizar o acreditar los centros científicos asistenciales, una misión que la *Universidad* debe compartir con los entes deontológicos y estatales específicos.

Los dos sistemas más importantes de la *Educación Médica* de postgrado son: la residencia médica y la educación continuada. La residencia es una simiente para el progreso de quien siente deseos de superación y necesidad de completar su formación. Es un plan basado en la dedicación completa al aprendizaje, con progresiva incorporación de tareas, permanente control docente, pero además, con la necesaria retribución para que no deba reclamar compensaciones o utilizar otros mecanismos para lograrlo⁹⁹. Vale comparar la residencia con el internado, aquella escuela de caballerismo y comprensión, donde la ecuación enfermo-médico nutría una vocación que asoma y se brinda

ardorosamente al ser que sufre. Allí se nutrieron tantas generaciones médicas despertando a la responsabilidad con mezcla de los sabores de gloria al sentirse autores de la resucitación¹⁰⁰.

No hay dudas de la existencia de categorías en residencias médicas. Lo mínimo exigible es una real integración docente asistencial y activa participación del residente. El control de esa enseñanza, especialmente en medios privados evitará el peligro de una mala formación⁴¹. Aquel necesitado que "de paso" se va entrenando representa el peligro que estamos señalando, pues la residencia es una responsabilidad progresiva que exige juicio, equilibrio mental, sentido común. Además debe cumplir un entrenamiento programado y ejecutar determinado número de operaciones, que bien sabemos sólo consiguen en determinados servicios⁴⁰.

Conocer en profundidad el valor de la cirugía académica, aquella que permite cultivar la disciplina de la mente para completar y ganar la tecnología es también un objetivo de ese entrenamiento⁹⁴. Allí aprenderá, como lo destaca Bracco²⁰, que las leyes de la cirugía siguen vigentes, que la asepsia y la antisepsia no se reemplazan por antibióticos, que la suavidad de maniobras quirúrgicas y el respeto por las vísceras, es presupuesto básico del buen postoperatorio y tampoco se reemplaza por una sala de terapia intensiva y también aprenderá que el tiempo en la sala de operaciones sólo es útil al enfermo cuando ello no atente a la elemental seguridad que evita las complicaciones que luego exigen reintervenciones. Si así no aprende, difícilmente será un cirujano, quizá tan sólo el extirpador de órganos que jamás entenderá la esencia de la medicina y de la cirugía, pues deberá aprender también que el estilo no es destreza sino elegancia, gracilidad y ajustada y armoniosa utilización de técnicas y recursos quirúrgicos²⁸.

Por otra parte, debe recordarse que la residencia es el camino más idóneo para luego optar, a través de la vía reglamentaria, al título de cirujano. Considero válido reiterar que la residencia no debe ser el mecanismo para corregir la insuficiencia de formación del pregrado, su limitación a lo posible debe seguir marcando la necesidad en la formación quirúrgica.

La otra etapa formativa, es decir la educación médica continuada, es también producto de la superación y de la necesidad de suprimir el hábito, un proyecto que involucra 3 niveles: actualización, especialización y perfeccionamiento⁵. Valen aquí las mismas consideraciones expuestas al respecto de la residencia. La simpleza de mirar cirugía y la

conurrencia como oyente, eximido de obligaciones, es sencillamente una malapráctica y no puede considerarse como alternativa válida⁴⁰. El sistema demanda un plan coherente, al principio de actualizar el conocimiento y renovar la habilidad. Esta enseñanza no difiere de la residencia, exige también un ambiente adecuado a la creatividad para evitar la simple imitación, que como lo señala Christmann³⁵ favorece la molición y traba el desarrollo. La enseñanza de la cirugía es tarea que sólo puede estar en manos responsables y fundamentalmente en ambientes de medios adecuados donde el orden, el respeto y la exigencia son indispensables para efectivizar la tarea docente.

En síntesis la educación médica debe brindarse en determinados ambientes o instituciones de prestigio integradas a una coherencia de objetivos metodológicos y sistemas evaluativos que aseguren la garantía de calidad. El sistema basado en la integración docente-asistencial, vinculación entre los que planifican la salud y la atienden y los que ejecutan la docencia es el verdadero reciclaje de la educación como lo sugiere Vidal¹⁰⁷.

Con el objeto de completar la información sobre las residencias médicas señalamos que el 83% de los residentes encuestados opinaron que la escasez de plazas para entrenamientos en la actualidad podría mejorarse ampliando las residencias en centros privados de menor complejidad. Sólo el 17% consideró a la agregaduría o pasantía como una opción válida. Considerando que el ingreso a la residencia médica habitualmente está limitado a las plazas posibles se encuestó la explicación sobre la diferencia de ánimo entre esta limitación y la que genera el ingreso universitario. El 15% contestó que era por tener agremiaciones débiles, el 32% por contar con otras alternativas en su formación y el 53% por madurez de juicio y aceptación de la limitación a lo posible.

La responsabilidad de estas instituciones es similar a la universitaria, es decir es ética y social ante el medio y ante el profesional que intenta su formación. Aquí aparece configurada la responsabilidad de los entes deontológicos que habilitan, categorizan y acreditan las instituciones docente-asistenciales, así como también la de éstas al respecto de certificar la idoneidad de su propio graduado.

RESPONSABILIDAD UNIVERSITARIA

Además de reclamar políticas firmes de orientación vocacional y análisis de las reales necesidades de médicos, la Universidad debe reinstrumen-

tar mecanismos que le permitan cumplir con su obligación.

Ello significa: limitar el ingreso a la capacidad de la unidad académica, seleccionar a quienes acrediten las mejores condiciones de ingreso. Para ello es esencial el curso de apoyo con evaluación final, a fin de nivelar conocimientos y dar igualdad de oportunidad a todos los candidatos. A ellos debe agregarse opcionalmente el estudio de los antecedentes y la entrevista personal.

La implementación de mecanismos que garanticen que la matrícula estudiantil sólo será mantenida por quienes demuestren condiciones y la permanente evaluación de las etapas de formación, son base para que el egreso sea restricto, es decir,

condición para adquirir la idoneidad básica para el ejercicio profesional.

Persistir en soslayar la realidad actual es una comprometida situación, que sólo contempla un derecho, pero que olvida una responsabilidad, frente al medio social, que demanda seguridad en la atención y ante el graduado que sufre una frustración.

Al respecto cabe destacar las recientes reuniones de las Academias Nacionales de Medicina de Uruguay y Argentina, y la otra de la Asociación Médica Platense en conjunto con la Asociación de Profesores de la Facultad de Medicina de La Plata, sobre estos temas, cuyas conclusiones reflejan con claridad el problema que venimos planteando.

CAPITULO IV

INSTITUCIONES MEDICO GREMIALES Y DEONTOLOGICAS

El control del ejercicio médico profesional depende de leyes y normas corporizadas en organizaciones estatales, científicas y gremiales. Las primeras tienen competencia natural, las segundas tienen además tareas en la educación médica y las terceras atienden diversos problemas, quizás más profesionales que individuales, por lo cual, no son comparables con la actividad gremial común.

En la actualidad el ejercicio profesional plantea distintos problemas pues la medicina, de profesión romántica y respetada, pasó a ser cuestionada y hasta vilipendiada y de individual se transformó en colectiva, regulando así una actividad de masas, tanto de quienes requieren como de quienes brindan el servicio médico, es decir, Obras Sociales y Corporaciones Médicas. Si bien ello no debe alterar la relación médico-enfermo, los intereses de ambos, están diluidos en el hecho colectivo. Además como gran responsable está el Estado, que planifica el sistema de salud y organiza la seguridad social, un regulador de los intereses de médicos y enfermos¹. "Cuanto más mires hacia atrás más podrás ver hacia adelante" (W. Churchill) *cit.* 96. El pensamiento del estadista avala el comentario histórico de estas organizaciones. El primero, sobre la evolución del ejercicio, tanto en los aspectos éticos como legales y el segundo, sobre la Seguridad Social, habida cuenta que es el sistema que hoy encuadra tanto la actividad como la regulación médico-profesional.

El acuerdo entre lo correcto e incorrecto o lo bueno y lo malo en el comportamiento humano, es base del progreso social y presupuesto de un orden basado en el respeto por la vida y la familia. En ese marco, desde la antigüedad la relación médico-enfermo se integró con normas y códigos como el babilónico que controlaba al médico sacerdote de entonces por medio de recompensas y castigos. En realidad fue el legado de la Isla de Cos, es decir el sistema, la ley y el Corpus Hi-

pocráticus, el más evidente control de una medicina basada en conocimientos y prendas morales, tal como lo demuestra una parte de ese testamento ético: "La impericia, es un mal haber y un mal caudal que nutre la timidez y la temeridad. La timidez pone al descubierto la impotencia; la temeridad, a la inexperiencia, pues saber y creer saber es algo distinto; saber es ciencia, y creer saber es ignorancia"¹⁰; una verdad escrita hace siglos que describe como hoy, la culpa médica.

Recordemos que el Código Hipocrático tiene vigencia por su contenido ético, que preconiza la resaltaación y conservación de la vida, el respeto por la confidencia y valoriza al hombre como persona. A partir de este modelo de código, se han producido las diferentes adaptaciones acorde a los planteos de cada época y a las costumbres particulares de países y regiones.

El hospital, la universidad y la imprenta, son 3 jalones históricos que no pueden quedar marginados del comentario de este análisis.

El hospital, creado en el siglo I, para el aislamiento de enfermos y protección de la comunidad, fue sin duda un centro de auxilio al menesteroso y por lo tanto simiente de solidaridad. La evolución lo integró luego como lugar de asistencia y más adelante como centro docente. La universidad medieval y las primeras escuelas médicas, como las de Salerno, Bologna, Padua, París, Montpellier, no sólo posibilitaron la enseñanza médica sino que fueron medios de control profesional al otorgar títulos habilitantes.

Ya en el año 1200 había Tribunales ordenados por los Reyes que controlaban la idoneidad médica y en el año 1311 los cirujanos franceses debían demostrar su idoneidad ante comités especiales como fue el de Châtelet. Recordemos que también en Inglaterra, por orden de Enrique VIII en el año 1500, los médicos y cirujanos para ser auto-

rizados al ejercicio, debían examinarse ante tribunales especiales⁶⁸.

En síntesis, en el medioevo la medicina ya tenía 3 pilares importantes: la enseñanza, la asistencia y el control profesional.

Los últimos 4 siglos han sido jalones del desarrollo de la misma, pero en realidad, los 2 últimos reflejan la vertiginosa evolución integrada en los períodos anatómico de Vesalio, fisiológico de Harvey, experimental de Hunter, investigación fisiológica de Bernard, patológico de Virchow, bacteriológico de Pasteur, antiséptico de Lister, anestésico de Morton y los rayos X, los antibióticos, la microcirugía y los trasplantes orgánicos, son eslabones últimos de la cadena que integra la medicina al desarrollo de la ciencia y cuyo resultado final es la tecnología médica moderna hoy agrupada en los 3 niveles².

El 1º referido a mecanismos de prevención y curaciones de enfermedades comunes. El 2º, más complejo, incluye la tecnología inmunológica, genética, psicofarmacológica, de reproducción y adaptación; cada una, con sus propios planteos científicos, éticos y legales, verdaderos testimonios de un asombro que escapa al análisis del intelecto común. El 3º es paradójicamente lo contrario e involucra a una veintena de patologías, como la colagenosis, donde la tecnología se apoya en el alivio y consuelo.

La bioética, concreción del progreso biomédico y ético, es reflejo de un crecimiento desproporcionado y desarmonico, apretada síntesis de la problemática actual. Otro jalón es el Código Mundial de Ética de la Organización Mundial de la Salud, redactado en 1948, como renovación del Hipocrático. Un complemento posterior formado por las declaraciones mundiales para dar solución a diferentes planteos, que fueron: la de Helsinki en 1946, sobre investigación clínica; la de Sidney en 1968, sobre trasplantes de órganos y muerte; la de Oslo en 1970, sobre aborto terapéutico; la de Tokio en 1965, sobre torturas y castigos degradantes en prisioneros de guerra; la de París en 1976, sobre eutanasia y la de Hawái, sobre drogas y psiquiatría en 1977; cada una de esas reuniones ha dado respuestas a los planteos realizados y están incorporadas a la deontología. Desde luego, muchos planteos quedan aún sin respuesta ética, en especial la tecnología de segundo nivel, donde a veces una atmósfera de elitismo o de arrogancia, debe equilibrarse con la humanización del conocimiento.

Hoy la tesis ética en medicina es que cuanto más cosas sabemos hacer, más necesitamos saber lo

que realmente debemos hacer, y por ello, es vital que aprendamos a no hacerlas por el mero hecho de saberlas hacer. Si los avances técnicos no se ajustan a la ética y no se mantienen vivas las normas de conducta, como lo señala Fox⁴³ llegará el día en que el hospital será una cámara de horrores para salvar vidas y la medicina un supermercado de productos farmacéuticos.

El segundo análisis previsto es la Seguridad Social, justificado, porque forma parte de la problemática actual y es condicionante de la regulación y retribución médica. Es la esencia de una innata solución que busca el hombre para sortear la adversidad. Sus ancestros, han sido las corporaciones romanas, las cofradías de la edad media, los gremios y los montepíos. En realidad, la corriente mutualista fue el antepasado más cercano, un seguro social voluntario, que brindaba servicios a gente de bajos recursos y generaba clientela para médicos sin ella.

Hunicken⁴⁹ considera que esta historia resulta larga y tediosa y que puede interpretarse mejor a través de 5 principios básicos: 1) dos impulsos espontáneos, individuales y diferentes: el ahorro y la caridad; 2) tres impulsos espontáneos y colectivos: la beneficencia, el mutualismo y el cooperativismo; 3) un impulso jurídico colectivo: la asistencia social; 4) un impulso jurídico individual: el seguro privado voluntario y 5) una actividad pública del estado: los seguros sociales.

El ahorro es la renuncia a un consumo actual para solventar una necesidad futura. Fue el medio que permitió al hombre salvar la imprevisión y sigue siendo base del capital y palanca del desarrollo. Las Cajas de Ahorro, creadas en 1806 en Inglaterra prosperaron en todo el mundo. La iniciativa fue concretada en la Argentina en 1914, por el Dr. Arturo M. Bas. Obviamente la alteración inflacionaria redujo la capacidad de las mismas.

La caridad, gesto voluntario, es sustento de una razón sentimental que se evidencia en donaciones individuales o colectivas a través de la beneficencia.

La beneficencia, caridad colectiva, es en el fondo consecuencia de que la Solidaridad Social y la Asistencia no deben agotarse en el plano individual sino plasmarse en organizaciones, como fueron las obras de beneficencia hospitalaria, un sistema que durante mucho tiempo brindó ayuda a quienes sufrían el desamparo.

El mutualismo, es una forma más evidente de ese espíritu solidario y es pilar de la seguridad social. Su objetivo es proteger contra la enfermedad, invalidez, vejez y muerte, y nace en el principio de ayuda o socorros mutuos. Fue introducido en el país por la corriente inmigratoria de comienzos de siglo y se desarrolló en las asociaciones mutualistas de cada colectividad.

El cooperativismo del siglo XVII era un verdadero impulso de clases sociales necesitadas que buscaban en la cooperación sin fines de lucro, la obtención de fuentes de trabajo y artículos de primera necesidad. Estas cooperaciones, fueron desplazadas en la época de la revolución francesa, cuando el Estado suprimió la protección individual y reconoció la obligación de proteger al hombre por medio de los servicios públicos, revitalizando el hospital público y el mutualismo. El concepto de salud pública, como deber del Estado, es más reciente y tiene su origen en que tanto la asistencia pública como el mutualismo ya no podían satisfacer las necesidades sociales.

La asistencia social, nació como una alternativa basada en el derecho del hombre de ser asistido y en el deber de asistir que tiene el Estado, síntesis de la concreción jurídica de esa obligación que suma los impulsos individuales y colectivos, y marca la diferencia entre el favor y el deber.

El seguro privado, es el más cercano antecedente de la seguridad social y como veremos reemplaza a este seguro por otro a cargo de la organización pública.

El seguro social, nace en Alemania y como lo destaca Poviña ^{cit. 49} fue Wagner su precursor y es fundamentalmente una forma del llamado socialismo de cátedra de los universitarios alemanes de entonces. Así, a partir de 1833, se creó el seguro de enfermedad y sucesivamente se desarrollaron el de accidente de trabajo, de invalidez, de vejez y las leyes de jubilación; sistemas que desde Alemania y a partir de 1930, se extendieron mundialmente bajo el fundamento sociológico de la solidaridad.

La seguridad social es una rama de la política económica, que se ocupa de abolir el estado de necesidad material por riesgo de enfermedad, invalidez y desamparo mediante la previsión y la asistencia médica.

Dos hechos históricos se ligan con el tema: 1) la Carta del Atlántico de 1941, firmada por los

entonces jefes de gobierno de Gran Bretaña y Estados Unidos de Norteamérica, cuyo objetivo era garantizar trabajo, progreso y seguridad social, situación ratificada en 1942 por la Carta de las Naciones Unidas; 2) la creación de la Organización Mundial de la Salud en 1946, órgano rector de la salud mundial, tutelado por la influencia de la Organización de las Naciones Unidas, que destacó a la salud como derecho del género humano y sustento de paz y seguridad, definiéndola desde entonces, como perfecto estado de bienestar físico, mental y social.

En nuestro medio, la situación fue similar al resto del mundo. La medicina individual cubría las necesidades, tanto del pudiente como del mutualizado, y la atención del desprotegido estaba a cargo de la beneficencia y el hospital público, un medio que permitió el desarrollo y extensión de la asistencia médica a partir de la década del 30.

El seguro social se concretó en la Ley 18.610 que normatizó las obras sociales y obligó el ingreso de los trabajadores en relación de dependencia, creando el INOS, como órgano de registro y control de prestadores. La Ley 19.032, amplió la cobertura a jubilados y pensionados y la 22.269 completó la incorporación al sistema de los trabajadores autónomos y anuló la 18.610. Un nuevo proyecto, basado en igualdad, solidaridad y participación, propuso cobertura universal por medio de una estructura integrada y administración descentralizada, creando el ANSSAL (Administración Nacional de Seguro de Salud), organismo que reemplazará al INOS. La ley suplantará a la 22.269, pero está aún en el terreno del debate parlamentario por intereses encontrados y donde el médico, como recurso principal del sistema de salud, no puede ni debe quedar ausente del análisis y/o de la conducción del sistema.

REGULACIÓN ACTUAL DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

El médico regula su tarea profesional por 4 mecanismos bien diferenciados: las leyes del país, las normas deontológicas, las ideas filosóficas y la religión ⁹⁶. Sin negar la influencia de estas dos últimas, sólo analizaremos las primeras por considerarlas más específicas a nuestro tema.

El ejercicio profesional es el conjunto de normas condicionantes de la actividad médica a fin de controlar al médico y siendo el estado quien debe garantizarlo, es procedente que la norma se corporice en un instrumento nacional unificado ³³. La ley 17.132 regula la actividad de los profesionales de la salud en el ámbito de la Capital Fe-

deral, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. El Decreto N° 160/82 y las Resoluciones accesorias 1733 y 126 de 1985 actualizan la reglamentación.

Quienes reclaman la unidad normativa, lo hacen por una función orientadora, promocional y reguladora uniformada en el país y por las ventajas de agrupar ciertos aspectos dispersos del ejercicio médico, tales como título profesional, certificación de especialidad, alcance de su validez en el territorio nacional, normas para habilitación, categorización y acreditación profesional y/o instituciones docentes y asistenciales, responsabilidad médica, contratos médicos, en síntesis, agrupamientos que permitan a los estados provinciales adoptar sus propias leyes y procedimientos.

El cumplimiento de las leyes del ejercicio profesional, sean nacionales o provinciales, es una responsabilidad de las instituciones pero también del profesional, obligado a conocerlas y cumplirlas.

La actividad deontológica, en cambio, está a cargo de instituciones que velan por el mejoramiento científico, técnico y moral del médico, aunque también formulan y sancionan denuncias por violaciones a leyes y códigos vigentes. Las más completas, controlan la matriculación profesional, fijan aranceles médicos, reglan los contratos profesionales en relación de dependencia, regulan las especialidades médicas, categorizan y acreditan los centros asistenciales interesados en la educación médica. En general, ejercen su autoridad por medio de tribunales especiales y comités de ética.

En Córdoba, existe el Consejo de Médicos de la Provincia, creado por Ley Provincial 4853, Decreto 6390, organismo capacitado para obligarse legalmente e integrado por un Consejo Directivo y Tribunales Especiales como el de Ética, el que he integrado en distintos períodos. Esa experiencia, demostró que habitualmente las faltas eran fruto de ignorancia de las normas deontológicas, si bien también existían graves alteraciones de la conducta médica. Por ello, fundamento la docencia permanente de la ética, tanto a nivel de pregrado como de postgrado en medicina, dejando al ente deontológico, la responsabilidad de hacer cumplir su misión.

Esta responsabilidad del organismo estatal o paraestatal no excluye la de instituciones que tienen tribunales de ética o de disciplina, puesto que ello no es un símbolo distintivo, sino el compromiso de ejercer el control profesional.

El Tribunal de Disciplina integrado por el Comité Colegio de la Asociación Argentina de Ciru-

gía, es aglutinante de la tarea y fiscaliza la actividad del cirujano MAAC de acuerdo al Código de Ética del Cirujano que rige para todos los miembros de la Institución.

Igual consideración merece el Tribunal de Honor de la Asociación Médica Argentina, cuya misión es de tutelar normas y principios, que el tiempo y su acción deterioran. Personalmente creo en la legitimidad de estos tribunales y para avalarla es fundamental que tengan ejecutividad, pues sólo así podremos encauzar los desvíos y corregir las alteraciones si realmente queremos lograr la autoestimación como base de la dignidad profesional.

La multiplicidad de alteraciones éticas en el ejercicio de la profesión médica imposibilita todo intento de análisis global, por lo cual, limitamos el comentario a los aspectos que concitan desde nuestro punto de vista mayor interés, tales como la investigación clínica, honorarios médicos, categorización profesional e institucional y huelga médica.

INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La Declaración de Helsinki dio las bases éticas de la Investigación Clínica. Está reglamentada en la Ley 17.132, Art. 20 y en el Código de Ética Argentino, Capítulo II, en sus Arts. 15, 16 y 17 y además en el Art. 9 del Código de Ética y Deontología del Cirujano. De real trascendencia resultan las consideraciones expresadas por S.S. Juan Pablo II⁵⁰, en un extenso documento sobre los valores humanos y normas éticas en el ejercicio de la medicina.

Tres principios deben encauzar cualquier investigación clínica: 1) la vida humana debe ser respetada; 2) el sufrimiento minimizado; 3) el riesgo de vida o de daño debe ser asumido por decisión personal del enfermo, pues se comprende que el beneficio colectivo de una investigación no es mecanismo ni justificación para imponer riesgos a nadie. Algunos autores coinciden en la necesidad de aumentar los valores éticos en el control y ejercicio profesional de este aspecto conflictivo de la investigación¹⁸⁻⁵²⁻⁵⁷⁻⁵⁸.

Tyrrell¹⁰⁵ señala que la diferencia entre paciente y voluntario en una investigación no es sutileza, sino una realidad que exige delimitarse y por ello, toda terapéutica extraordinaria, además del consentimiento escrito del paciente debe avalarse con la opinión de autorizados, de jefes de servicios u organismos competentes o por comités de ética.

En nuestro medio, la investigación de fase 1 de alta tecnología es infrecuente; en cambio, las de fase 2 y 3, referidas al Chagas, fiebre hemorrágica, oncología clínica y quirúrgica, son las más frecuentes¹⁹. La investigación clínica exige permanente control legal y deontológico, sobre todo porque a veces escapa de lo serio y cae en sensacionalismos distorsionantes de la verdad y atentadores de la dignidad de los pacientes al develar la intimidad del acto médico. Sobran los ejemplos que avalan este comentario. Es responsabilidad de los entes deontológicos, gremiales y autoridades sanitarias en general, detectar, controlar y sancionar las promociones antiéticas con especulaciones comerciales.

Limitar ciertas prácticas a centros asistenciales acreditados y exigir la aprobación de Comités de Ética para aplicar nuevas técnicas quirúrgicas aún no divulgadas, no es frenar el desarrollo ni tampoco reducir las a una élite, sino que es un medio idóneo para defender al enfermo y evitar como si fuera una fábrica, que ingrese a los "bancos de prueba", situación en la que se puede caer, al especular más sobre el interés científico que el humano. La reunión sobre ética en investigación clínica señaló que las controversias en las normas que regulan estas investigaciones son tantas, que ya se confunde lo ético y lo moral con el bienestar del hombre, un utilitarismo moderno, basado en que el fin del ser humano es lograr la máxima felicidad del mayor número, trasfondo de la ética social, cuyos límites parecen infinitos²⁰. Esa reunión organizada al respecto de educación médica y ética transcribe palabras de S.S. Juan Pablo II: "Hay voces de alarma que denuncian los efectos perniciosos de una medicina que se ocupa más de sí mismo que del hombre a quien debe servir". Sin duda un enfoque integral para encontrar el rumbo de la medicina asistencial que al avanzar e incorporar los adelantos y beneficios científicos deberá hacerlo en el encuadre moral.

En síntesis la entidad deontológica o las equivalentes que integran las instituciones profesionales médicas y por cierto, los directores de hospitales y jefes de servicio, deben ejercer un efectivo control de la investigación clínica. La tarea mancomunada limitará la funesta práctica y encauzará la misma hacia los centros habilitados y categorizados para ello.

HONORARIOS MÉDICOS

Tema de controversias y reclamos que involucran al profesional, al enfermo y la seguridad social, que depende tanto de la depresión económica

ca y obras sociales distorsionadas por distintos intereses, como del exceso de médicos y la alteración de la prestación profesional.

El honorario, honor u honra que recibe el médico por servicios prestados, ha dejado de serlo, pues su escaso valor actual afecta la ética, la dignidad, y el propio honor que se quiere retribuir. Además no alcanza para ser "sal", esencia del salario con que los romanos compensaban el esfuerzo, porque aun cuantificando el trabajo médico, recibe menos "sal" que un legítimo asalariado.

En la actualidad la retribución justa y equitativa, ya no es decisión del médico, sino imposición de un sistema arancelario que proletariza la medicina, a pesar de que el médico sigue asumiendo el riesgo de trabajador independiente⁹⁷.

Se cambió agradecimiento por exigencia y mérito profesional por el símbolo retributivo de un sistema que obliga a entrar, pues quedarse fuera es perder capacidad de trabajo y como dice Lawrence⁵⁵ ingresar es hacerlo al sistema de la ética diluida, donde el enfermo no es nadie.

¿Quién puede negar que la salud se debe "devolver" en el marco de un contrato legal y moral por determinado galenaje cuantificado en un nomenclador de cifras desproporcionadas al riesgo que se asume?; ¿y quién puede negar también que un error se debe resarcir con valores muy superiores, definidos por la medida legal? Por cierto, es una hipótesis rebatible, extraída de lo utópico, sólo para resaltar la desigualdad de riesgo y retribución. En realidad es la ética de la solidaridad quien da respuestas al planteo. Ella, junto a la gratitud, seguirán siendo la moneda que retribuye el esfuerzo y el riesgo.

La retribución justa o acorde al riesgo, la percibe aquel profesional que está fuera del sistema o quien impone su prestigio o circunstancia y evalúa su labor compensándola con honorario diferencial. De todas formas vale destacar que la Seguridad Social, sistema de protección igualitaria al enfermo, no debe implicar injusticia en la retribución al profesional.

Un tema ligado al comentario es la jubilación médica, habida cuenta que ella es magra y antiética. Ver a nuestros maestros y colegas, percibiendo lo atentatorio de la dignidad, provoca rebeldía; un ánimo que más bien debiera estimular a quienes tienen la responsabilidad de reclamar y defender el derecho a un retiro digno y a la vejez acorde a la solidaridad que tanto se reclama al médico.

Por último digamos que la jerarquización económica es una necesidad, pues resulta inmoral e

injusto la igualdad retributiva que uniformiza antigüedad y experiencia. Por ello, la etapa de diferenciación profesional debe ir acompañada de la diferenciación económica.

De igual modo, resulta adecuado destacar lo mismo para las instituciones, es decir, lograr que la retribución sea acorde a la complejidad, a la categorización de la misma, algo que dará razón y equilibrio a la ecuación costo-beneficio. Se trata de un tema muy complejo, cuyo análisis exige el concurso de la realidad y racionalidad.

Vivir decorosamente con la percepción de honorarios quirúrgicos arancelados es producto de un importante número de operaciones, situación que sabemos es inexistente por el exceso de cirujanos. La adecuada relación de correcta indicación, riesgo quirúrgico y retribución arancelaria es el resultado que induce a la solución del cobro adicional, una situación que hace enfrentar al cirujano con la ética y su propia responsabilidad profesional.

Por otra parte, vale destacarlo aquí, las instituciones asistenciales vienen sufriendo una paulatina disminución de su capacidad económico-financiera. Los aumentos de retribuciones al personal, y de gastos en insumos, se han desactualizado con los pagos de las facturaciones, tanto en el monto como en el tiempo de la percepción.

Considerando la importancia del problema se lo planteó en la encuesta averiguando sobre justificación de la conducta antiética como consecuencia de la insuficiencia retributiva. Sólo el 2% de los profesores la justifican y el 8% la entiende y la tolera. El 6% de los graduados la justifica.

La situación ha desbordado a quienes tienen competencia en el problema. El cobro adicional, es el honorario diferencial silenciosamente justificado y será la solución hasta que la razón, la justicia y la verdad se impongan. La razón y la justicia alientan el reclamo por la injusta retribución, la verdad exige evidenciar una realidad que duele conocer, como veremos más adelante.

Liberar los nudos que atan verdades va permitiendo que afloren desde el fondo silencios y actitudes cómodas o no comprometidas. Así, la palabra de la máxima autoridad sanitaria del país ha confirmado que la distorsión del gasto de salud es consecuencia de la alteración económica actual y tiene estrecha relación con el exceso de médicos. Consideró el cobro adicional como una anomalía impuesta por la circunstancia. Por eso, vale preguntarse si sólo al médico se le debe exigir altruismo en el marco de una ética social cuan-

do el resto la concreta sólo a través de instituciones pertinentes y como solidaridad diluida⁸⁸. No se dude que el médico seguirá ejerciendo, solidario al dolor y al sufrimiento humano. Cederá su tiempo e incluso su honorario, pero defender una justa retribución no debe confundirse con comercialización de la medicina.

La retribución médica en la seguridad social depende del presupuesto o masa acumulable de dinero en el sistema. Se aduce que el gasto administrativo, el abuso de la indicación de tecnología o de medicación condicionan el saldo para retribuir al médico. Sin embargo, ha de plantearse también si ello no es consecuencia de un exceso de médicos, pues sería inmoral inducir el control de indicación para incrementar el monto retributivo, cuando en realidad lo legítimo es el uso racional de los recursos.

Hay 3 verdades que no pueden ocultarse y como dijimos, junto a la justicia y la razón, deben corregirse para que la solución sea acorde a la realidad y consecuencia de lo justo. Ellas son: exceso de médicos, sobrefacturación y sobreprestación.

El exceso de médicos, es producto de la irrestrictión al ingreso universitario y como lo hemos señalado, consecuencia de la escasez de alternativas al derecho de estudiar. Nadie negará que la razonable proporción médico-enfermo actúa como factor gravitante en la distribución del honorario. El problema demanda, como hemos analizado, una solución política racional y sostenida para equilibrar la desproporción.

La sobrefacturación, palabra que tiene un equivalente menos eufemístico, es una situación crónica conocida y detectada, tanto en el profesional como en la institución. El manejo del nomenclador, la codificación de operaciones no ejecutadas o distintas a las realizadas, la facturación de insumos o drogas no utilizadas o de muestras profesionales, son ejemplos conocidos, que con matices distintos, forman parte de un estilo comercial doloso.

Una consideración especial merece el comentario de la llamada "cirugía innecesaria" ligada al error médico, o al entusiasmo del recién iniciado en la actividad quirúrgica. Ambas deben ser reconocidas y desde luego corregidas. Pero lo que realmente exige análisis es el abuso de indicación quirúrgica con fines de incremento retributivo. Desde luego, difícilmente puede probarse tan delicada acusación. Cada cual recordará un ejemplo de cirugía innecesaria, de órganos extraídos sin fundamentos diagnósticos, de laparotomías abusivas, pero ¿basta la sanción de la conciencia? El Co-

legio Americano de Cirujanos ha discriminado diferentes categorías de cirugías innecesarias²⁷, y resalta el valor de la segunda opinión al respecto de la indicación quirúrgica, como también la acción de los Comités de Tejidos; ambos, y las auditorías médicas, que sólo deben controlar eficiencia y calidad, son las bases de la corrección.

La sobreprestación ligada a una participación honoraria es también una profunda alteración de la conducta. Este ingreso compensador por medio del exceso de consultas o de indicación de tecnología con "retorno" o formulación terapéutica con productos "premiados" contra la presentación de duplicados de recetas son ejemplos conocidos. Otra alteración de la prestación, que además daña la calidad de la misma, es el "retorno" de ciertos contratos asistenciales directos entre partes, también obviamente indemostrable. El retaceo de prestación por esta ilegítima causa es similar en consecuencia al de la capacitación. Por ello reitero el valor de las auditorías médicas al respecto de calidad de la prestación profesional.

Vemos así, que la responsabilidad de estas instituciones es grave tanto por no detectar estas situaciones como por no corregirlas. La falta de control, de acción y de sanciones, no sólo significan impotencia o indolencia de quienes las dirigen, sino injusticia ante quienes sufren con dignidad la depresión económica.

LA HUELGA MÉDICA

La responsabilidad social del médico está relacionada a la conciencia profesional, el peso moral que obliga al médico ante el enfermo y la sociedad, criterio compartido en el Art. 7º del Código de Ética de la República Argentina¹⁰¹. Junto a ello está la obligación del médico a ser solidario con intereses gremiales que admiten la huelga de acuerdo al derecho constitucional (Art. 14 bis). Sin embargo, aun con amparo legal e inclusive ético, una huelga enfrenta al médico con su conciencia y la sociedad.

Una huelga debe interpretarse como manifestación patológica del desequilibrio social y representa en síntesis un fracaso del derecho general ante los intereses contrapuestos e individuales.

El enfrentamiento de huelga y servicios públicos es un hecho grave que demanda un racional estudio. Es un problema que suscita adhesión y rechazo. Por ello, estas medidas deben ser tomadas por decisión mayoritaria a través de una votación directa de los interesados, algo que reemplazará la manipulación de los pocos sobre la mayoría y

evitará que la huelga cargue tensiones políticas o extramédicas o sea fruto de presiones inoportunas.

El derecho legal expone al médico muchas veces a elegir entre la solidaridad al colega o al enfermo. Desgraciadamente, el ejemplo de que estas medidas son los medios válidos para conseguir lo que el diálogo racional debiera lograr, van reemplazándolo por la fuerza de una presión donde los derechos y deberes están subvaluados.

CATEGORIZACIÓN PROFESIONAL E INSTITUCIONAL

La categorización y acreditación, tanto profesional como institucional, es otra responsabilidad de los organismos deontológicos y estatales. La seguridad y la buena fe, son base de los contratos profesionales y ello es fruto de la confianza en los sistemas de habilitación y categorización tanto asistencial como docente.

Estas organizaciones adquieren la responsabilidad en 3 niveles: la certificación profesional, sea en la etapa de diferenciación o recertificación, la categorización y acreditación de las instituciones con tarea docente-asistencial y la habilitación y categorización de las instituciones puramente asistenciales.

Los 2 primeros niveles incluyen evaluar la idoneidad del profesional que cumplió la etapa de la diferenciación y accede a una categoría de especialista. Ello implica también acreditación del servicio donde el postulante adquiere su formación. La exigencia "atenuada" o la comprometida tolerancia al sistema educativo insuficiente, son causas que incrementan la responsabilidad de estas instituciones. Aquí es donde debe existir la máxima rigidez y el estricto control sobre quienes organizan actividades médico-educativas, con qué objetivos, con qué medios y para quién se desarrolla la actividad.

El cirujano MAAC, categoría que se intenta extender al país, con apoyo de las sociedades provinciales de cirugía es una solución basada en la unificación de programas y sistemas evaluativos que certifique idoneidad y represente un respaldo para el ejercicio quirúrgico.

Las normatizaciones diagnósticas-terapéuticas diseñadas por la Asociación Argentina de Cirugía, no sólo facilitan el uso racional de los recursos, sino dan respaldo científico a quien las utiliza, especialmente ante planteos médico legales.

La categorización de las instituciones asistenciales de acuerdo a su complejidad es una responsabilidad que debe ser complementada con la acreditación a fin de mantener la garantía de calidad de un servicio o un hospital. El sistema tiene por objetivo mejorar las prestaciones médicas y quirúrgicas y contribuir al control de los establecimientos asistenciales, especialmente los privados. Ello significa clasificar por categorías y calificar de acuerdo a la calidad de la prestación. Categorizar en distintos niveles (mínimos-intermedios-superiores) significa evaluar la organización, el nivel de atención, la hotelería y el bienestar.

Un comentario especial merece la categorización de los servicios de cirugía, especialmente con fines a la acreditación docente de los mismos. Cobran valor los recursos humanos que los componen, el nivel docente y número de cirujanos de planta, su certificación o recertificación, extensión de la actividad, programas de residencias, selección. Vale también destacar la importante relación anestésista-mesa de operaciones; de igual modo se debe valorar planta física, número de camas del internado, número de quirófanos; equipamientos, aparatos. También debe analizarse la existencia de aulas, bibliotecas y la evaluación de los Comités de Historias Clínicas, Tumores, Infecciones y Capacitación y Docencia; el número de operaciones, promedio de estadía, giro-cama, complicaciones, mortalidad operatoria, porcentaje de infecciones. Por último integra el análisis, la actividad docente desarrollada, cursos, ateneos y producción científica. En síntesis una tarea trascendente que grava la responsabilidad de los entes deontológicos y estatales.

El problema ha sido analizado en el simposio de "Ejercicio de la cirugía en los distintos sistemas de atención médica"⁷, donde se destaca el valor de la acreditación como medio para mantener calidad en la prestación de la atención quirúrgica.

El objetivo de que cada paciente tenga un proyecto diagnóstico y terapéutico eficiente para lograr el mejor resultado, al menor costo y con mínimo riesgo, también involucra la acreditación, un aspecto tratado por Gutiérrez⁴⁶ donde la calidad y el riesgo se analizan en relación al enfermo, el equipo y la institución.

"Cirugía adecuada" para el "paciente adecuado", demanda institución acreditada y cirujano idóneo. Conjugar simultáneamente las ecuaciones, garantizan calidad y minimizan el riesgo. Todo es reflejo de la acreditación del cirujano, es decir de la responsable tarea de certificar que determinado cirujano opera bien por la calidad de sus resultados.

Allí se nutre el prestigio de la cirugía y es responsabilidad del cirujano mantenerlo. La recertificación, voluntario sistema, permitirá tal como lo propone la Comisión Nomencladora Nacional y aranceles de la Asociación Argentina de Cirugía, acceder a una jerarquización científica y retributiva.

ASPECTOS GREMIALES DE LA ACTIVIDAD MÉDICA

La organización gremial, cuyo principio es la unidad de fuerza capaz de ejercer presión para conseguir soluciones, es también custodia de normas y leyes profesionales, y participa en la formulación de políticas de salud concertando intereses en un marco ideal de orden, justicia y libertad⁶.

Como en las instituciones deontológicas, la responsabilidad ética de las gremiales, nace en las conductas de quienes las dirigen, aquí la necesaria "asepsia" política por su pluralismo ideológico, es base de esa responsabilidad. Legalmente su responsabilidad se origina en la participación de los servicios de prestación médica, tanto ante las Obras Sociales como ante el Registro de Médicos que mantiene. Responden como intermediarias en la prestación y adquieren la obligación ante quienes representan. Junto a esta responsabilidad, está también la defensa de intereses de sus asociados y la custodia de su patrimonio.

La delicada misión de la actividad gremial y el habitual carácter conflictivo de la misma, demanda la conducta ética exaltada de los dirigentes, a fin de salvaguardar el prestigio y la credibilidad de la institución gremial.

La lucha por reivindicaciones médico profesionales, ha sido una larga tarea ligada a reclamos sobre condiciones y fuentes de trabajo profesional, beneficios para el médico, es decir, todo lo que antes era previsión individual y producto de una profesión que permitía vivir con decoro y dignidad.

El crecimiento de la matrícula médica desde los años 70, que redujo el mercado profesional, estimuló el reclamo por plazas y lugares de trabajo, una situación que hizo crisis en la década del 80 y está hoy en el límite de la saturación. El mejor testimonio de esa realidad son las reiteradas reuniones gremiales convocadas para tratar el problema.

En 1981, la "Reunión de Médicos de Reciente Graduación" planteó la crisis y solicitó aumento de presupuestos, cargos y medios para mejorar la educación médica de postgrado. Se propuso utili-

zar al sistema de seguridad social como una opción en tal sentido. En 1982 y 1983³⁴, encuentros similares, solicitaron ampliar el número de residencias y pasantías médicas. Es decir, 3 años planteando la necesidad de aumentar la educación de postgrado, solicitando mejorar la retribución y peticionando por más fuentes de trabajo profesional. Cabría preguntarse si también fue analizado un exceso de graduación. Si de acuerdo a la información, en la Argentina hay un médico cada 370 habitantes, si damos valor al informe de la Organización Mundial de la Salud, sobre el exceso mundial de médicos o como también recientemente el Presidente del INOS considera que el exceso de médicos es condicionante de la alteración del sistema, haría falta más información para sumarse a la verdad y reclamar por soluciones integrales.

Desde luego, ello no implica desoír el reclamo del recién graduado y abandonar la búsqueda de soluciones, sino el racional estudio que diga con veracidad, si realmente siguen faltando médicos, especialmente después que la reclamada distribución profesional armónica, basada en necesidad y posibilidad de asentamiento profesional, lo siga demostrando. De ser así, tendríamos una privilegiada situación ante un mundo con excedente de 250.000 médicos para dentro de 12 años. De todas formas, duele aceptar irónicamente que quizás, quienes consideran que faltan médicos, tengan razón, porque en realidad lo que sobran son personas con título de médico. Personalmente considero que el exceso de graduaciones es un gran condicionamiento de la crisis, pero asumo que es una realidad incompleta, pues los factores de distorsión son más complejos y escapan a este análisis.

"El médico y la salud en un país en crisis" fue el título de la reunión en 1984⁸⁵, que consolidó el planteo sobre aumento del presupuesto de salud y solicitó la jornada de 35 horas semanales en los hospitales. Se reiteró el concepto de que la alteración del gasto de salud se debe a una industria farmacéutica que absorbe el 50% de una tecnología que insume el 25%. El magro resto para el profesional debe dividirse con equidad y en función de varios condicionantes ya analizados.

La extensión de la jornada hospitalaria es un acto racional, tanto como debe ser la indicación de tecnología y medicamentos, temas reiterados en 1986 a propósito de la implementación del Vademecum Nacional. Obviamente de escaso valor serían los preceptos gremiales si fueran sólo reclamos pecuniarios, ya que estas instituciones deben ser fundamentales pilares de leyes y principios⁸⁹.

Aquí vale el comentario sobre la plétora de profesionales en algunos servicios de cirugía don-

de la actividad asistencial "cedida" al residente es motivo de relajación disciplinaria y promotora de la molición. El incumplimiento de la tarea hospitalaria no tiene justificación alguna y su corrección no puede estar en un "reloj fiscal", que registre concurrencia sino en la propia responsabilidad profesional. Aquí el control de la autoridad pertinente, y la comprometida participación de las gremiales hospitalarias que no pueden excluirse del problema, son el principio de solución.

La actividad profesional en los sistemas de atención pública, privada y la seguridad social fue el tema de las "Primeras Jornadas Médico Gremiales"⁵⁶, en donde se estableció que en los 3 niveles existe deficiente retribución al profesional.

A nivel privado la alteración está ligada a la insuficiencia económica general. Se destacó la incongruencia de ciertos dirigentes gremiales que paradójicamente no cumplen con lo solidario, pues contribuyen a los médicos contratados en sus propios sanatorios en forma antiética.

Teniendo en cuenta que el 80% de los médicos está en relación de dependencia y que habitualmente ocupan 2 ó 3 cargos para equilibrar su presupuesto, es plausible el reclamo por el cargo único y bien remunerado, una solución que tiene como principio lógico el redimensionamiento del gasto público. Lo mismo vale en cuanto a la creación de nuevos cargos y el proyecto de la carrera médica en la seguridad social, nuevos intentos para satisfacer la necesidad de tantos y quizás medios de jerarquización. De todos modos lo que debe admitirse es que el país sólo puede permitir un equilibrio entre lo posible, lo justo y lo necesario.

El gasto en salud involucra el estado, la seguridad social y el ámbito privado y respectivamente corresponde el 20, 40 y 40%, cuyo monto representa hoy 5.400 millones de dólares, es decir 177 dólares por habitante y por año. Hay países, donde el gasto es sólo de 1 ó 2 dólares por año y otros, como EE.UU., donde el gasto sobrepasa el 10% del P.B.I. y significan 1.000 dólares por año y habitante, es decir casi 350.000 millones de dólares, cifras que por sí solas hablan de la medicina que puede brindarse.

Satisfacer apetencias de 340 Obras Sociales y las de sus respectivos afiliados, que desde luego piden con justicia lo máximo y lo mejor del servicio médico, es un factor de distorsión en la actual depresión económica. Por ello, racionalizar el gasto no es privar para economizar, sino por el contrario extender la cobertura de salud.

Es cierto que pocos y razonados estudios son suficientes, pero ello no significa reemplazar la seguridad y precocidad del adelanto tecnológico por la observación clínica, un riesgo que a veces no puede ni debe asumirse. De ahí que el temor no es la pluma del médico que solicita estudios o que prescribe medicamentos, sino el exceso de pluma.

En síntesis, el monto de dinero para gastos de salud y retribución médica sólo pueden mejorar con aumento del presupuesto a punto de partida del incremento de cuotas sociales, algo poco probable en la actualidad. La alternativa entonces es racionalizar el gasto, controlar la administración, sancionar y abolir radicalmente la sobre facturación y la sobre prestación. Si así no se alcanza el equilibrio, será útil empezar a compartir la pobreza distributiva de los dineros en salud o controlar un exceso de prestadores, situación de la cual débilmente se comienza a hablar.

Por ello la responsabilidad de las gremiales médicas se acrecienta ante una falta de acción sobre la realidad que va mostrando las alteraciones por excesos: mala formación profesional, prestación médica de insuficiente calidad, menor retribución médica, falta de lugares de asentamiento.

Personalmente creo, como lo ha destacado la Agremiación Médica Platense, la realidad va coincidiendo con la verdad: el exceso de médicos es

también un condicionante de la alteración del sistema de salud y el tratamiento del problema tiene una única solución.

El resultado de la encuesta al respecto de la responsabilidad de las instituciones sanitarias, educacionales y gremiales en la situación actual de la medicina en el país es el siguiente: el 75% de los profesores y el 80% de los graduados responsabilizan en primer término, a las autoridades sanitarias, especialmente por la falta de planificación sobre las necesidades profesionales; en cambio el 55% de los estudiantes responsabiliza a las autoridades educacionales que no plantean el problema en esas necesidades. Con respecto a la eficiencia de las corporaciones médicas deontológicas sólo el 10% de profesores la consideraban eficiente, un 26% apuntó su actividad como insuficiente porque sus autoridades temen hablar y el 64% las consideró inoperantes porque no tienen poder.

De todas formas vale señalar que en realidad los 3 niveles de instituciones tienen competencia en el problema. Las sanitarias porque deben clarificar la situación con el estudio de las necesidades médicas en el país en relación a modelo y cantidad, las educacionales que deben satisfacer esas políticas y cumplir con su misión de graduar un profesional idóneo y las gremiales deontológicas que deben participar en forma concurrente de esas políticas sumándose al análisis de la realidad de una geopolítica sanitaria regional y nacional.

CONCLUSIONES

El incremento de acciones jurídicas por mala práctica médica es una realidad que involucra tanto al cirujano como a las instituciones asistenciales. Tal situación no es índice de mala calidad profesional, pues un gran porcentaje de esas acciones no prosperan legalmente.

La revalorización de la salud que desplazó la resignación, la pérdida de la identidad del médico y del enfermo y fundamentalmente la inconducta e incompetencia profesional, son las causas más frecuentes de las demandas legales.

Los principios de seguridad y justicia entre médicos y enfermos están salvaguardados por normas éticas, deontológicas y jurídicas.

Las instituciones médicas, sean asistenciales, educacionales o gremiales deontológicas, por ser personas jurídicas, asumen las mismas responsabilidades legales que las personas reales. Éticamente, por carecer del atributo humano, sólo responden socialmente por las inconductas de sus dirigentes y/o sus integrantes, afectando la credibilidad de las mismas. Legalmente, la responsabilidad surge de la naturaleza de la obligación y en las instituciones asistenciales es de resultado, es decir, seguridad de los servicios que presta.

Las obras sociales tienen la obligación de ofrecer a sus afiliados la capacidad de elección, pero asumen una responsabilidad similar al ente asistencial cuando limitan la posibilidad de elección.

La universidad toma una responsabilidad social, parangonable a la obligación de resultado de las instituciones asistenciales, es decir, idoneidad del recién graduado. Un alto porcentaje de ellos, no logran tal nivel, ingresan al padrón de la frustración y generan una plétora médica regional al permanecer en el ambiente de su graduación para completar su formación.

La realidad actual en la formación del médico demanda la formulación de políticas de ingreso,

requisitos para el mantenimiento de la matrícula estudiantil y sistemas de evaluación que permitan un egreso restringido a la idoneidad.

La falta de políticas estables sobre cantidad y calidad del médico que el país necesita, la escasez de alternativas para estudios de otras carreras, son condicionantes de la masividad en el ingreso de carreras tradicionales como medicina.

La saturación de los ambientes estructurales de las Facultades de Medicina, las deficiencias metodológicas y fundamentalmente la desproporción de la capacidad pedagógica, son factores concurrentes a la mala formación del médico.

Las instituciones de educación médica de postgrado tienen una similar responsabilidad, pero deben tener su propia acreditación para asumir el cumplimiento responsable de la educación en las etapas de postgrado universitario.

Los entes deontológicos y gremiales adquieren la trascendente misión de preservar la imagen y probidad profesional, fiscalizando la actividad médica, detectando anomalías y corrigiendo las alteraciones.

Los consejos deontológicos deben ejercer un fuerte control sobre habilitación, categorización y acreditación profesional e institucional, tutelando el ejercicio con la permanente aplicación de las normas éticas.

Las entidades gremiales tienen la jerarquizada responsabilidad de la defensa honorable de los intereses médicos, pero deben constituirse en permanentes custodias de leyes y normas que garanticen moralidad y calidad profesional.

Las conductas antiéticas, culposas y/o dolosas de médicos o de instituciones, pueden ser más frecuentemente detectadas por las corporaciones de 1º ó 2º nivel y por lo tanto es responsabilidad de quienes las dirigen, detectar las alteraciones y sancionarlas pertinentemente de acuerdo a la causa.

BIBLIOGRAFIA

1. Abad Gómez H.: *Incorporación del concepto de ética social dentro de la ética médica*. Antioquia Médica, 17: 313, 1967.
2. Abel F.: *Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad*. Labor Hosp., 17 (196): 101, 1985.
3. Acuña H.: *Ética y educación médica*. Bol. Of. San't. Panam., 90: 471, 1981.
4. Aguilar O.: *Aspectos éticos de las instituciones de enseñanza de la medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 41.
5. Aguilar O.: *Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua*. Relato 43º Congr. Argent. C-irug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1972, pág. 185.
6. Ahumada A.: *Rol de las entidades profesionales en la organización de la atención méd.ca*. Med. Soc., 4: 155, 1981.
7. Alume H.: *Calidad de la atención quirúrgica (Mesa redonda)*. Rev. Argent. Cirug., 52: 178, 1987.
8. Alende D. y Babini D.: *Evaluación del riesgo quirúrgico*. Relato 50º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1979, pág. 70.
9. Anderson A.: *Atención gobiernos*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 8.
10. Aznares E.: *Historia de la ética médica*. Jornadas Ética Médica, Cons. Medicina, Córdoba, 1982, pág. 20.
11. Bankowski Z.: *Una burla y un derroche*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 3.
12. Berra J.: *Enseñanza de la cirugía en el pregrado*. Relato 43º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1972, pág. 103.
13. Berra J.: *Ética del estudiante de medicina*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 63.
14. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *El dolo y la responsabilidad civil del médico*. Diario Jurídico, 6: 281, julio, 1983.
15. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *La responsabilidad civil. Profesionales de la salud. Establecimientos asistenciales*. Dirección Gral. Publicaciones, Univ. Nac. Córdoba, 1987, pág. 119.
16. Bergoglio M. T. y Bertoldi M. V.: *La responsabilidad médica y el consentimiento como causa de justificación*. Seminario Jurídico, 6: 570, 1985.
17. Bertoldi M. V. y Bergoglio M. T.: *Obligaciones de medio y de resultado en el quehacer médico*. Rev. Colegio Abogados, Córdoba, 1982, pág. 16.
18. Bertoldi M. V. y Bergoglio M. T.: *La experimentación en seres humanos y la ley 6222 de la Provincia de Córdoba (República Argentina)*. En: *Estudios de Derecho Civil*, Alterini, Belluscio, Gastón, Vasques, Ed. Universidad, Córdoba, 1980, pág. 453.
19. Borgna H.: *Responsabilidad médica. Algunos aspectos legales*. Arch. Argent. Ped., 78 (3): 384, 1980.
20. Bracco A.: *Límites de cirugía general y especializada*. Rev. Argent. Cirug., 51: 149, 1986.
21. Bryant J. y Geilhorn A.: *Es preciso actuar*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 12.
22. Bueres J.: *Responsabilidad civil de las clínicas y establecimientos médicos*. Ed. Abaco de Rodolfo Depalma, 1981, pág. 76.
23. Bustamante Alsina J.: *Teoría general de la responsabilidad civil*. Ed. Abelardo Perrot, 2ª Ed., Bs. As., 1973, pág. 9.
24. Caeiro A.: *Perfiles del Médico*. Rev. Méd. Córdoba, 60: 2, 1972.
25. Caeiro A.: *Reconstrucción de la universidad y libertad académica. Del hombre y su formación*. 2ª Ed. Biffignandi, 1981, pág. 15.
26. Cárdenas Escobar A.: *Punto de vista de las academias nacionales de medicina respecto a la revisión ética de la investigación clínica*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference, Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 146.
27. Casal M.: *Cirugía innecesaria*. Rev. Argent. Cirug., 41: 164, 1981.
28. Casal M.: *El estado en cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 51: 157, 1986.
29. Ciafardo R.: *Responsabilidad profesional del cirujano*. Bol. Acad. Nac. Medicina, 55: 167, 1977.
30. Cole N.: *Plastic surgery*. Special Number, march-april, 2: 2, 1986.
31. Comisión de Estudio del Curriculum Estudiantil: *Informe Secretaría Asuntos Académicos*. Fac. Med. Córdoba, marzo, 1988.
32. Committee of Professional Liability: *Professional Liability: A blue print for reform*. Bol. Am. Coll. Surg., 71 (3): 2, 1986.
33. Comra: *Seminario Nacional de Legislación del ejercicio de la medicina*. Ed. Comra, Paraná, 10 y 11 abril, 1981.
34. Comra: *Tercer encuentro nacional de médicos de reciente graduación*. Ed. Comra, Circulo Méd. Lomas de Zamora, noviembre, 1983.

35. Christmann F.: *El cirujano actual*. Rev. Argent. Cirug., 10: 161, 1966.
36. Derisi O.: *Naturaleza y vida de la universidad*. Ed. El Derecho, 3ª Ed., 1980, pág. 45.
37. Díaz Barriga A.: *Didáctica y curriculum. Tesis para una teoría de la evaluación y sus derivaciones en la docencia*. Ed. Nuevo Mar, México, 1984, pág. 106, cap. V.
38. Díez J. A.: *Educación médica y enseñanza de la cirugía de los Estados Unidos de Norteamérica*. Día Med., 40: 1460, 1968.
39. Editorial: *Ética y Salud*. Labor Hosp., 196: 1, 1985.
40. Esteva H.: *Necesidades docentes de la cirugía del interior*. Rev. Argent. Cirug., 31: 33, 1976.
41. Esteva H.: *Significado y alcances de la capacitación en servicio*. Rev. Argent. Cirug., 46: 142, 1984.
42. Fajardo Ortiz G.: *Atención médica. Teoría y práctica administrativa*. Ed. Prensa Méd. Mexicana S.A., 1983, pág. 377.
43. Fox T.: *The personal doctor and his relation to the hospital*. Lancet, 1: 743, 1960.
44. González S.: *Admisión en las facultades de medicina. El médico que el país necesita*. Reunión Nacional, Fed. Méd. Gremial, La Falda, Córdoba, 1986, pág. 43.
45. Gurruchaga J. V.: *Condiciones que debe reunir una institución donde se practica cirugía*. Relato 47º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1976, pág. 122.
46. Gutiérrez V. P.: *Calidad de la atención quirúrgica. Evaluación del riesgo quirúrgico (Mesa redonda)*. Rev. Argent. Cirug., 52: 192, 1987.
47. Gutiérrez L.: *Educación médica continuada y recertificación*. Relato 57º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1986, pág. 95.
48. Houssay B. A.: *Investigación clínica*. Homenaje de la Academia Nacional de Medicina en el Centenario de su Nacimiento. Colección Acad. Nac. Medicina, Nº VI: 18, 1987.
49. Hunicken J.: *Lineamientos de la seguridad social. Curso de seguridad social*. Dir. Gral. Publicaciones, Univ. Nac. Córdoba, 1978, pág. 11.
50. Juan Pablo II S.S.: *Valores humanos y normas éticas en el ejercicio de la medicina*. Med. Soc., 4 (4): 183, 1981.
51. Katz E.: *Aplicación de la psicología institucional al departamento de cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 29: 80, 1975.
52. Ladd I.: *Ethical issues in human experimentation*. In: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference. Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981. p. 26.
53. Lain Entralgo P.: *Por un hospital más humano (Entrevista)*. Labor Hosp., 196: 87, 1985.
54. Lange W. y Frigerio M.: *Infecciones quirúrgicas*. Relato 32º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1961, pág. 259.
55. Laurence A.: *Discurso del Presidente del LI Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 40: 94, 1981.
56. Lazarte E.: *El médico en relación de dependencia privada*. Ias Jornadas médico gremiales de entidades privadas de la República Argentina, Colegio Méd. Córdoba, La Falda, 1985, pág. 8.
57. Leighton F.: *Conducta médica en la investigación biomédica*. J. Rev. Méd. Chile, 111: 977, 1983.
58. Leighton F.: *Conducta ética en la investigación biomédica. II Aspectos éticos de la relación entre ciencias biomédicas y sociedad*. Rev. Méd. Chile, 111: 1095, 1983.
59. León A.: *Humanización de la medicina*. Seminario Nac. Ética Médica, Gaceta Médica, Caracas, 93 (3): 79, 1985.
60. León A.: *Ética en medicina*. Ed. Científico Médico, Barcelona, 1973, pág. 345.
61. Libonatti E. J., Beveraggi E. M. y Padrón R. A.: *Sepsis y cirugía*. Relato 49º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1978, pág. 3.
62. López Bolado J.: *La medicina y el Código Penal*. El Universitario Ed., Bs. As., 1981, pág. 22.
63. Mainetti J. A.: *El hombre objeto de la medicina. El humanismo médico*. Quirón, 16 (2-4): 5, 1985.
64. Manrique J.: *Ética de la educación médica*. En: *Ética en medicina*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1981, pág. 51.
65. Manrique J., Berra J., Beveraggi E. y Gutiérrez L.: *Reflexiones sobre educación médica en nuestro país*. Rev. Argent. Cirug., 53: 267, 1987.
66. Manrique J.: *El perfil del egresado médico. El médico que el país necesita*. Reunión Nacional, Fed. Méd. Gremial, La Falda, Córdoba, 1986, pág. 28.
67. Manuel B.: *A surgeon's perspective on professional liability*. Am. Coll. Surg., Bull, Nº 70: 6, 1985.
68. Marottoli O.: *Especialización en cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 14: 52, 1968.
69. Martínez R.: *La Universidad y su influencia en el espíritu de la Nación (Conferencia)*. Círculo de Prensa, 1944.
70. Martínez Marull A.: *El ocaso del médico rural*. Bol. Acad. Nac. Med., 1978, vol. 56.
71. Mazzei E.: *Ciencia, técnica y ética en la era actual*. Rev. A.M.A., 93 (3): 57, 1980.
72. Mejía A.: *Educación continuada*. Educ. Med. Salud, 20 (1): 43, 1986.
73. Mendoza H.: *La atención del enfermo y sociedad*. Arch. Dominicanos Pediatría, 19: 29, 1983.
74. Montenegro A.: *Crisis y porvenir de la Universidad*. Fac. Filosofía y Humanidades, Univ. Nac. Córdoba, 1986, pág. 58.
75. Mosset Iturraspe J.: *Responsabilidad civil del médico*. 1ª reimpresión, Ed. Astrea, 1985, pág. 117.
76. Neghme A.: *La ética en la práctica médica actual*. Rev. Med. Chile, 113: 590, 1985.

77. Orgaz J.: *Ética en la práctica médica*. Jornadas de Ética Médica, Consejos de Médicos, Córdoba, 1982, pág. 9.
78. Patterson Kimball D.: *Ética profesional*. Clín. Méd. N. A., Ed. Castellana Interamérica, 1977, p. 867.
79. Pavlovsky S.: *Investigación clínica y protección del sujeto en Argentina*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference, Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 118.
80. Ramírez J.: *Indemnización de daños y perjuicios. Actos ilícitos e incumplimiento contractual*. Ed. Hammorabi, Bs. As., 6: 205, 1985.
81. Riu J. A.: *Responsabilidad profesional de los médicos (aspecto penal-civil y deontológico)*. En: *Jurisprudencia*. Lerner Ed., Bs. As., 1981, pág. 108.
82. Rivero Serrano O.: *La enseñanza de la ética en las escuelas de medicina*. En: *Medical ethics and medical education*. XIVth Cions Round Table Conference. Council for Intermedical Organization of Medical Sciences Ed., Génova, 1981, p. 166.
83. Roa A.: *Ética y medicina*. Rev. Med., Chile, 111 (11): 632, 1983.
84. Rodríguez Castells H.: *Atención médica y educación médica*. Rev. Argent. Cirug., 14: 104, 1968.
85. Rodríguez R.: *El médico y la salud en un país en crisis. Perspectivas futuras del gremio médico*. 2^{as} Jornadas Méd. Gremiales, Colegio Méd. Córdoba, 1984, pág. 3.
86. Rodríguez Echelandia L.: *Ética de la enseñanza. Condiciones éticas de un profesor de la Facultad de Medicina*. Rev. A.M.A., 82: 581, 1958.
87. Rojas N.: *Medicina legal. Responsabilidad médica*. Lib. El Ateneo, 7^a Ed., Bs. As., 1959, pág. 508.
88. Roemer M.: *Ética médica y orientación social de las enseñanzas de la medicina*. Foro Mundial Salud, 39 (4): 405, 1982.
89. Romero J.: *Cierre de discusión*. 2^{as} Jornadas Méd. Gremiales de Ent. Primarias de la Rep. Argentina. Colegio Méd., La Falda, Córdoba, 1986, pág. 111.
90. Ruiz D.: *Ética y deontología docente*. Ed. Braga, Bs. As., 1987, pág. 141.
91. Sainz Janino J. M.: *La ética y el humanismo en la formación y en el ejercicio profesional del médico*. Rev. Med. Inst. Mexicano Seguro Soc., 24: 1, 1986.
92. Sanguinetti F.: *Elementos afectivos en la enseñanza de la cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 25: 164, 1973.
93. Santas A.: *Ética y educación en medicina*. En: *Ética médica*. Fund. A. J. Roemmers, Bs. As., 1986, pág. 35.
94. Santas A.: *Discursos Presidente XLI Congreso Argentino de Cirugía*. Rev. Argent. Cirug., 20: 2, 1971.
95. Santas A.: *El ejercicio de la cirugía en los actuales sistemas de atención médica. Acreditación de instituciones donde se practica la cirugía. (Simposio)*. Rev. Argent. Cirug., 40: 110, 1981.
96. Score G. W.: *Problemas éticos en medicina*. Ed. Doyma, 1983, pág. 24.
97. Sereday C., Nápoli O., Smilasky G. y Torlaschi C.: *Estudio comparativo de remuneraciones profesionales*. Rev. Argent. Cirug., 49: 297, 1985.
98. Soberon Acevedo G.: *El desequilibrio de los recursos humanos por la salud*. Salud Mundial, abril, 1987, pág. 16.
99. Spátola J.: *Enseñanza de cirugía para graduados. Residencias*. 43^o Relato Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., N^o Extraord., 1972, pág. 148.
100. Tejerina Fotheringham W.: *Escuela quirúrgica argentina*. Rev. Argent. Cirug., 24: 168, 1973.
101. Tombazzi V.: *El médico, la ética y el derecho de huelga*. Med. y Soc., 8 (6): 223, 1985.
102. Trejo Naturana C.: *Ética e investigación científica biomédica*. Rev. Med. Chile, 113: 1227, 1985.
103. Trigo E.: *Organización y funcionamiento de un departamento de cirugía*. Relato 45^o Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., N^o Extraord., 1974, pág. 1.
104. Trigo Represas A. y Stigitz R.: *El seguro contra la responsabilidad civil profesional del médico*. Ed. Astrea, 1983, pág. 154.
105. Tyrrel D.: *Normas de protección en la investigación clínica. Problemas éticos en medicina*. Score Gordon Wing Antony, Ed. Doyma, Barcelona, 1983, pág. 180.
106. Valdadares Colado G.: *Editorial profesión y cultura*. Univ. Guadalajara, Arch. Fac. Med., 7: 2, 1986.
107. Vidal C. v Quiñones J.: *Integración docente y asistencial*. Educación y salud, 20 (1): 1, 1986.
108. Yungano A.: *Responsabilidad civil de los médicos. Cuestiones civiles*. U.B.A., 1982, págs. 22 y 24.
109. Zavaleta O.: *Sobre nuestra profesión según mi experiencia*. Prensa Méd. Argent., 72: 579, 1985.

PERITONITIS

RELATOR: *Dr. Luis Gramática* MAAC FACS

COLABORADOR: *Dr. Christian Dutari*

PERITONITIS

INDICE

	Pág.
Prólogo	105
Introducción	106
Capítulo I	
Histología, histopatología y ultraestructura	107
Capítulo II	
Fisiología	109
Absorción e intercambio	109
Circulación del líquido peritoneal	110
Regeneración peritoneal	110
Capítulo III	
Aspectos bacterianos	112
Flora normal del aparato digestivo y los principales factores patológicos que la modifican	112
Relación entre flora y huésped. Sinergia bacteriana ..	113
Translocación	115
Resistencia a los antibióticos	115
Capítulo IV	
Fisiopatología	117
Factores adyuvantes	117
Respuesta inflamatoria peritoneal	118
Mecanismo de defensa del huésped	119
Formación de adherencias	119
Respuesta sistémica. Sepsis	120
Respuesta metabólica a la sepsis	121
Capítulo V	
Análisis bacteriológico secuencial en peritonitis experi- mental	123
Capítulo VI	
Clasificación	127
Capítulo VII	
Peritonitis en pacientes con características especiales	130
En edades extremas	130
En pacientes con enfermedades graves asociadas	131
Postoperatoria	132
De origen traumático	134
Capítulo VIII	
Clínica y diagnóstico	135
Capítulo IX	
Tratamiento	138
Medidas preoperatorias	138
Tratamiento quirúrgico	140
Capítulo X	
Pronóstico	144
Conclusiones	147
Bibliografía	148

PERITONITIS

Dr. Luis Gramática * MAAC FACS

PROLOGO

La Asociación Argentina de Cirugía al designarme Relator Oficial del 59º Congreso, cuya organización anualmente prestigia, me ha distinguido con lo que interpreto es el máximo galardón científico al cual puede aspirar un cirujano argentino. Mi más sincero y profundo agradecimiento a la Comisión Directiva.

Hace poco más de una década, en el año 1977, por feliz coincidencia, nuestro querido maestro, el Prof. Dr. Narciso Hernández ⁴⁸, ocupaba esta misma tribuna para referirse a igual tema. Este hecho no significa una mera repetición, sino que la peritonitis constituyó y constituye un problema mayúsculo dentro del quehacer quirúrgico, cuya realidad nos confronta cotidianamente ante problemas no resueltos.

Hemos dirigido nuestro esfuerzo a realizar una apretada síntesis en la confección de este Relato, para que los lectores encuentren aquí una puesta al día y líneas de trabajo, avaladas por la experiencia de nuestra escuela quirúrgica.

* Jefe del Departamento de Cirugía, Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba. Profesor Titular de Cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

Esta es la oportunidad para traer a nuestra memoria y a la de ustedes, el profundo reconocimiento a mis padres y a mis maestros: Jaime Pi-Figueras, Marion C. Anderson y Carlos Aguirre. A nuestros colegas de la Unidad Académica de Cirugía II del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, y a los jóvenes médicos del Servicio que con especial interés han alentado el desarrollo de este Relato, los Dres. Paul Lada, Ernesto Papas, Francisco Flores, Patricio Jaime, la Dra. Silvia Fredes y muy especialmente a mi principal colaborador, el Dr. Christian Dutari.

Los consejos de los Dres. Horacio Achával Ayerza, Enrique Beveraggi y Vicente Gutiérrez han posibilitado la concreción de este trabajo; también formulo particular mención del Dr. Martín E. Mihura que desde su cargo de Director ha contribuido con nuestra tarea y a la Sra. María Esther V. D. de Bialek por su minuciosidad, vasta experiencia y mejor predisposición.

Finalmente, a mi esposa Concepción Bosch, ser silencioso, que noche a noche recoge nuestra preocupación, nuestros propósitos y continúa nuestro trabajo con amor, comprensión y sacrificio.

INTRODUCCION

La disposición que adopta el peritoneo en el adulto es la consecuencia del crecimiento y las modificaciones que presentan las vísceras intraabdominales en su desarrollo, por lo que esta membrana de dilatada superficie, cerrada en sí misma, está indivisiblemente unida a los órganos que cubre.

Las peritonitis son el resultado de la inflamación de la serosa, prácticamente siempre asociada al paso del contenido del tubo digestivo a la cavidad peritoneal o a la propagación de la misma desde un órgano abdominal, lo cual se acompaña, por lo general, del desarrollo de una infección bacteriana. De esta forma, los cambios locales y sistémicos que se producen en el curso de las peritonitis, resultarán de los efectos combinados de la inflamación de esta membrana en contacto con un lecho vascular enorme, y el progreso y generalización de la infección. El conocimiento más preciso que se tiene actualmente de las causas y formas en que se desarrolla la inflamación in-

fecciosa del peritoneo, representa la base para intentar una terapéutica racional.

Consideramos acertada por estos motivos, la sugerencia de la Asociación Argentina de Cirugía de otorgar al estudio de los aspectos bacteriológico, fisiológico y fisiopatológico de la peritonitis infecciosa, un lugar destacado en el Relato. En el mismo sentido y como aporte original, se analizan los resultados obtenidos en relación al tipo y las vías de drenaje seguidas por las bacterias en un modelo experimental de peritonitis.

Se incluyen bajo el título de peritonitis, innumerables variantes patológicas y clínicas y si bien prácticamente todas las infecciones intraabdominales determinarán algún grado de inflamación de la serosa, nos referiremos a las respuestas difusas, de extensión variable, supuradas y de evolución más o menos aguda de la membrana peritoneal, y excluirémos de nuestro análisis a los abscesos ya que estos constituyen, en general, problemas clínicos y terapéuticos totalmente distintos.

CAPITULO I

HISTOLOGIA, HISTOPATOLOGIA Y ULTRAESTRUCTURA

HISTOLOGÍA

El peritoneo es una membrana serosa, compuesta por finas hojas de tejido conjuntivo, cubiertas por una lámina de epitelio plano simple. Debemos recordar que cuando los epitelios recubren cavidades se denominan mesotelios.

El epitelio plano simple está formado por una sola capa de células planas que se interdigitan entre sí. Los elementos celulares poseen citoplasmas amplios y el núcleo suele ser grande, de forma redondeada o poligonal⁹⁰. El tejido conjuntivo que sirve como base a este epitelio está formado por fibras colágenas y elásticas embebidas en un material amorfo llamado sustancia fundamental, compuesta por mucopolisacáridos. El tejido conectivo contiene diferentes tipos de células, siendo una de las más constantes el fibroblasto. Los macrófagos o histiocitos son casi tan abundantes como los anteriores y su función es eminentemente fagocitaria⁹⁰.

En relación a la histiogénesis, la hoja media o mesoderma da origen al mesotelio. Según muchos autores, éste posee categoría de epitelio; sin embargo, a pesar de concordar su estructura, las potencialidades evolutivas del mesotelio difieren de un epitelio común. El mesotelio posee una potencialidad doble: 1º) se ha observado que en cultivo de mamíferos puede mostrar durante cierto tiempo un crecimiento de tipo epitelial y 2º) en procesos inflamatorios las células mesoteliales pueden dar origen a fibroblastos típicos.

De consecuencias fisiológicas y patológicas importantes son las especiales características que adoptan los vasos linfáticos y las modificaciones que se producen en la estructura de la membrana peritoneal en la porción subdiafragmática del peritoneo.

Los vasos linfáticos forman colectores que comienzan en cisternas de 3 a 6 mm de largo, paralelas al eje de las fibras musculares, de bordes netos y que puestos de relieve con técnicas especiales conforman las llamadas lacunae.

Las células mesoteliales que se ubican superpuestas a las zonas donde se hallan las lacunae, pre-

sentan sus bordes más netos, lo cual permite individualizarlas fácilmente, y la región central de cada célula que contiene el núcleo protruye hacia la cavidad peritoneal; también presentan microvellosidades y vesículas superficiales. Entre las células mesoteliales de esta región y en las zonas que corresponden a las lacunae, se encuentran fenestraciones redondeadas u ovals de 4 a 12 μ m de diámetro llamadas estomata, que se consideran como la puerta de entrada a las lacunae¹¹⁸.

Así, el mesotelio subdiafragmático presenta zonas especializadas en conjunción con formaciones linfáticas únicas, constituyendo el complejo lacunae-estomata, la vía fundamental de drenaje de la cavidad peritoneal.

HISTOPATOLOGÍA.

La infección peritoneal determina alteraciones en la estructura normal de la serosa, variando las mismas según la duración del proceso inflamatorio y el sector de la membrana comprometida. Al microscopio óptico se demuestra engrosamiento peritoneal con abundantes células polimorfo y mononucleares, coexistiendo con zonas en las que se observa desprendimiento de las células mesoteliales. Al estudio con microscopio electrónico de barrido, se comprueba separación de los bordes intercelulares, normalmente indistinguibles, con puentes intercelulares remanentes y células redondas entre ellas. Junto a estos cambios en la estructura histológica de la serosa, se pueden observar abundantes depósitos de fibrina. La membrana basal aumenta de tamaño, pudiéndose detectar fibrina en su superficie⁹⁰, y en el tejido submesotelial hay edema e hiperhemia, alterándose además la estructura y las propiedades de tinción de las fibras colágenas.

ULTRAESTRUCTURA

Material y métodos

El material destinado al estudio ultraestructural fue obtenido de pacientes con peritonitis aguda de etiología bacteriana y patologías diversas. El material fue fijado en solución de Karnovsky a pH

7,4 y conservado a temperatura de 4°C durante 48 horas. A continuación fue lavado en solución buffer-collidina y fijado nuevamente en tetróxido de osmio al 1% durante 2 horas, luego fue lavado en acetona al 10%. Se le practicó coloración en "block" con acetato de uranilo y fue deshidratado progresivamente en soluciones crecientes de acetona. Las secciones fueron incluidas en araldita/acetona y vueltas a incluir en araldita. Con el objeto de seleccionar áreas para el estudio electromicroscópico se obtuvieron secciones de 0,5 a 1 micra que se colorearon con azul de toluidina.

Las secciones finas para ultramicroscopia fueron contrastadas con citrato de plomo y observadas en un microscopio electrónico Elmiskopp 1 con aumentos que oscilaron entre 1.000 y 5.000.

Comentario

Independientemente de la causa y tiempo evolutivo de la inflamación peritoneal, la observación electromicroscópica demandó el estudio de varias grillas en la búsqueda de células mesoteliales que no tuvieran cambios necróticos. Casi todo el material presentaba graves alteraciones que dificultaban su análisis morfológico. Todas las células mesoteliales observadas se presentaron con intensas alteraciones degenerativas que afectaban los componentes citoplasmáticos y nucleares. La membrana plasmática de las células mesoteliales se vio con pérdida de sus vellosidades y en muchos sectores discontinua, perdiendo sus límites. En el citoplasma se observaron algunos restos de retículo endoplásmico rugoso, y en ocasiones éste se presentaba con sus cisternas dilatadas e intercomunicándose con

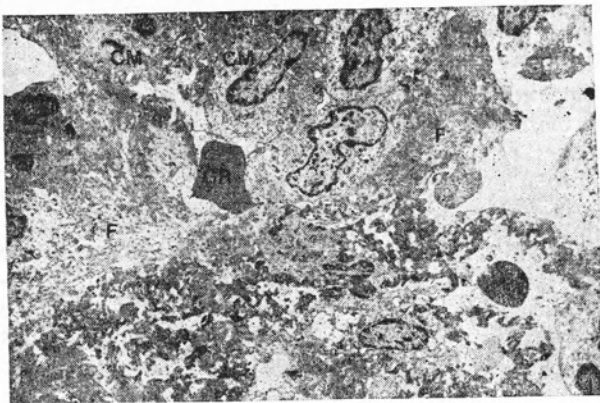


FIG. 1. — En la extensa malla de fibrina se encuentran glóbulos rojos y polimorfonucleares, arriba y en el centro 3 células mesoteliales. En el extremo superior izquierdo se observa una célula mesotelial necrótica cuyo núcleo está picnótico (núcleo contraído, cromatina íntimamente empaçada). Rodeando esta célula y avanzando hacia el citoplasma se observa fibrina (× 1000). F: fibrina, CM: células mesoteliales, GR: glóbulos rojos.

las vecinas. Algunas mitocondrias se encontraban tumefactas y con pérdida de sus crestas (crestólisis). El núcleo de la mayoría de las células no poseía su forma poligonal normal y adoptaba una forma irregular con indentaciones profundas y la cromatina agrupada en grumos densos contra la membrana nuclear interna. Rodeando a estas células mesoteliales se encontraron grandes placas de fibrina y hematíes. Llamó la atención el intenso exudado inflamatorio cuyos elementos formes correspondían a polimorfonucleares neutrófilos, que se presentaban también sufriendo la patología subyacente, es decir, pérdida de gránulos y numerosas vacuolas fagocitarias (figs. 1, 2 y 3).

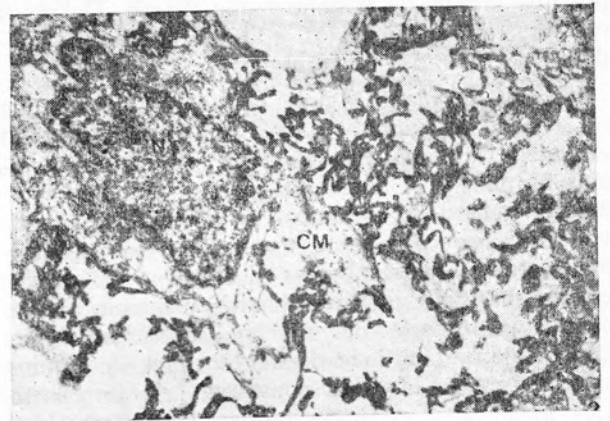


FIG. 2. — Célula mesotelial con intensas alteraciones degenerativas. La membrana plasmática ha perdido sus vellosidades y se observa en muchos sectores discontinua (rota). En otros sectores no se distinguen con claridad sus límites. El núcleo adopta una forma irregular, con la cromatina nuclear en algunos sectores agrupada en grumos densos contra la membrana nuclear interna (× 2500). CM: célula mesotelial, N: núcleo.

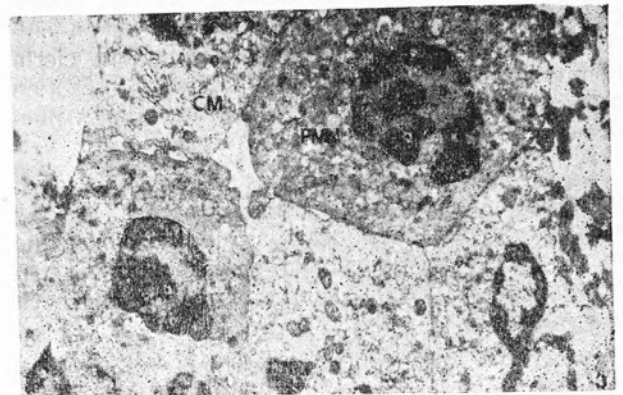


FIG. 3. — Polimorfonucleares neutrófilos avanzando hacia el mesotelio. En el extremo superior izquierdo parte de una célula mesotelial. Los polimorfonucleares han perdido sus gránulos y en el interior de su citoplasma se observan numerosas vacuolas (× 2500). CM: célula mesotelial, PMN: polimorfonucleares.

CAPITULO II

FISIOLOGIA

Es inútil pretender estudiar la fisiología peritoneal considerando las funciones de esta serosa en forma aislada. Únicamente al relacionar la membrana peritoneal con el resto del organismo y teniendo presente su peculiar conformación de cavidad cerrada en estrecho contacto con los órganos intraabdominales, podremos valorar lo importante de sus funciones.

Dentro de este marco tendrá especial interés el estudio de la capacidad de absorción y de intercambio de sustancias de la serosa, en vista de su dilatada superficie en contacto con un lecho vascular enorme, la actividad de los complejos estoma-lacunae, la circulación del líquido peritoneal y la importante capacidad plástica y de regeneración del peritoneo.

ABSORCIÓN E INTERCAMBIO

Una de las principales características del peritoneo es la de comportarse como una membrana semipermeable entre la cavidad peritoneal y el lecho vascular, razón por la cual la absorción y el intercambio de líquido y sustancias a través del mismo ha despertado siempre un gran interés por sus numerosas aplicaciones clínicas.

La superficie anatómica del peritoneo es aproximadamente igual a la cutánea, alrededor de 1,7 m² en el adulto, siendo la superficie de intercambio eficaz menor (aproximadamente de 1 m²) debido a las variaciones en la irrigación de los distintos sectores peritoneales. La absorción hacia la circulación general se realiza a lo largo de todo el peritoneo, es decir, tanto a nivel de la hoja parietal como visceral de la membrana.

Las partículas de hasta 30.000 dalton, probablemente atraviesan la membrana peritoneal a través de los poros o canales intercelulares, los cuales ocupan entre 0,2 y 0,6 del área peritoneal. El movimiento de solutos a través de ellos se explica fundamentalmente por las leyes de ósmosis

y difusión, aceptándose también una absorción activa transcelular por pinocitosis de las células mesoteliales, dependiendo la misma de la solubilidad en los lípidos y de la polaridad de la sustancia ⁹⁰.

Es importante aclarar que el número de capilares funcionantes varía con la actividad de los esfínteres precapilares y que las variaciones en el flujo pueden modificar la superficie de intercambio de la membrana (superficie de endotelio) y aumentar el tamaño de los poros intercelulares.

En relación a los gases y en condiciones normales, las presiones parciales de O₂ y CO₂ en la cavidad peritoneal dependen de las tensiones en la sangre capilar. Estos gases se absorben a través de la membrana peritoneal y la administración de CO₂ intraperitonealmente aumenta su tensión parcial en la sangre. Por el contrario, la introducción de O₂ únicamente eleva la pO₂ en la sangre si se efectúa en un animal hipóxico ⁹⁰.

Los cristaloides, las proteínas plasmáticas, los elementos figurados, las sustancias inertes y las bacterias, son rápidamente eliminados de la cavidad peritoneal. Las células y gérmenes se absorben por los linfáticos subdiafragmáticos y desde 1944 se conoce que en el perro pueden recuperarse bacterias del conducto torácico, aproximadamente a los 6 minutos de su introducción en la cavidad peritoneal ¹⁰⁹. Nosotros hemos obtenido, experimentalmente en el mismo animal, linfa coloreada visible macroscópicamente, del conducto torácico a nivel cervical, 7 minutos después de la introducción intraperitoneal de azul de metileno.

Recientemente, Dunn y Simmons ²³, analizaron el desarrollo de los conocimientos acerca de la absorción, por los linfáticos diafragmáticos, de células y bacterias desde la cavidad peritoneal, incluyendo a la endotoxina entre las sustancias eliminadas por esta vía. La endotoxina, producida por las bacterias invasoras durante su división y crecimiento en la cavidad peritoneal o en el intestino, o bien por su destrucción por los fago-

cidos, se elimina, no sólo por el sistema linfático sino también por los vasos sanguíneos tributarios de la vena porta, a los cuales llegarían a través de la pared intestinal inflamada o por translocación.

Experimentalmente, Olofsson⁸⁰ comprobó en ratas con peritonitis fecal, concentraciones de endotoxina 400 veces mayores en la linfa del conducto torácico en relación a los niveles hallados en la sangre venosa portal y arterial sistémica. Con relación al flujo, la sangre portal, en estas circunstancias experimentales, transportaba más endotoxina (49 ng/h a 34 ng/h), pero la concentración no excedía los niveles propuestos de eliminación de endotoxina por el hígado, relacionándose la aparición de endotoxemia sistémica a la demostración simultánea de endotoxina en el conducto torácico.

Finalmente, podemos concluir en base a los hallazgos clínicos y experimentales mencionados anteriormente, que la absorción a través de los linfáticos subdiafragmáticos constituye el mecanismo más importante de aclaramiento de bacterias y endotoxina desde la cavidad peritoneal, razón por la cual, la alteración por diversas causas de este sistema tiene trascendentes consecuencias patológicas. Se citan como factores que aumentan la absorción del líquido peritoneal la posición de Trendelenburg, la movilidad del cuerpo, la hiperventilación y el aumento de la presión intraabdominal mientras que la disminuyen aquéllos directamente opuestos, a los que debemos agregar la hipoperistalsis, la hipertensión portal y el bloqueo linfático⁹⁰.

CIRCULACIÓN DEL LÍQUIDO PERITONEAL

El peritoneo forma una cavidad cerrada en sí misma que contiene una pequeña cantidad de líquido, normalmente estéril e incoagulable de un volumen aproximado a los 120 ml, de color amarillo claro, de densidad inferior a 1,016 con un contenido menor de 3 gr de proteínas por dl, y con una concentración en solutos semejante a la del plasma. Además, se encuentran en él alrededor de 2.000 a 2.500 células por m³, de las cuales un 50% son macrófagos, 40% linfocitos y el resto mastocitos, eosinófilos y células mesoteliales¹⁰².

Debemos destacar que el líquido peritoneal se encuentra en constante intercambio y en equilibrio estable con el espacio extracelular. El intercambio de líquidos y solutos se realiza en toda la superficie de la membrana, mientras que las partículas de mayor tamaño sólo se absorben por

los estomas del peritoneo subdiafragmático hacia la circulación linfática, la cual se ve favorecida por los movimientos diafragmáticos en el curso de la respiración. Durante la espiración, el líquido y las partículas pasan desde los estomas hacia las lacunae, para vaciar en la inspiración su contenido en los colectores linfáticos, debido a que este sistema está provisto de válvulas que permiten el flujo, únicamente en sentido centripeto.

Motivo de gran interés, por sus implicancias clínicas, constituye el estudio de la circulación del líquido peritoneal en la cavidad abdominal. En condiciones normales, se ha demostrado que el mismo se desplaza hacia los espacios subdiafragmáticos atraído por la presión negativa relativa existente en el abdomen superior. A esta corriente en sentido cefálico se opone la fuerza de la gravedad, hecho demostrado por Autio⁶, introduciendo en la cavidad abdominal sustancia de contraste. Así el material colocado en la región ileocecal en el curso de la apendicectomía, se acumula en la pelvis y en los espacios paracólicos derecho y subhepático, variando la distribución del contraste de acuerdo a las distintas regiones de la cavidad abdominal en que fue inyectado. Estos hallazgos clínico-experimentales, relacionados con la circulación abdominal del líquido peritoneal, han tenido trascendental importancia y permitido sentar las bases fisiopatológicas para contribuir a explicar la localización de los abscesos intraabdominales.

También queremos, en forma sintética, llamar la atención sobre la importancia del estudio de las características del líquido peritoneal en distintas patologías abdominales, no sólo desde un punto de vista diagnóstico sino porque también en algunas circunstancias, su análisis puede orientar una conducta terapéutica y aportar datos de valor pronóstico¹⁰⁰.

REGENERACIÓN PERITONEAL

La membrana peritoneal está constituida por una capa de células planas, de forma poligonal, recubiertas por microvellosidades que impiden delimitar en ella los bordes intercelulares. Estas células asientan sobre una membrana basal que las separa del tejido submesotelial¹²⁰.

Durante la inflamación peritoneal, se producen numerosas y variadas alteraciones en la estructura normal del peritoneo. Como resultado de las mismas o de maniobras quirúrgicas realizadas en pacientes con o sin peritonitis, pueden resultar zonas denudadas de mesotelio de variable amplitud.

Sin embargo, entre las más fascinantes propiedades de la membrana peritoneal se encuentra la capacidad de regenerarse, condición que le permite, en un corto período, poder recubrir los sectores normalmente revestidos por la serosa.

La regeneración peritoneal ocurre en forma rápida y difusa en toda la superficie alterada y el ritmo con que se desarrolla es siempre el mismo e independientemente del tamaño de la lesión.

A diferencia de las heridas cutáneas, en las cuales el mecanismo de cicatrización es conocido y bien estudiado, las lesiones peritoneales son reparadas en forma mal comprendida y difícil de reproducir experimentalmente⁹⁰.

Al respecto, debemos destacar el trabajo de Watters y Buck¹²⁴, quienes aportaron una valiosa información sobre algunos aspectos de los mecanis-

mos íntimos de la reparación peritoneal. Observaron que en la rata, después de eliminar por medios físicos la capa de células mesoteliales, a los 30 minutos la lesión comienza a cubrirse de células redondas que se apoyan en la membrana basal y en tan sólo una hora, el 50% del área se halla tapizada.

Las células, en este punto, comienzan a aplanarse y a las 24 horas, la superficie lesionada se encuentra totalmente cubierta por células redondas y planas que paulatinamente las van reemplazando, comenzando simultáneamente a desarrollarse las microvellosidades. Estos procesos de reparación continúan, y a los 7 días de haberse iniciado, el mesotelio ofrece un aspecto normal. Las células redondas que tapizan la zona denudada, se consideran, en base a criterios morfológicos, que son linfocitos o macrófagos y que probablemente provienen del líquido peritoneal.

CAPITULO III

ASPECTOS BACTERIANOS

Las bacterias contenidas en los distintos niveles del tracto digestivo, constituyen la principal y más probable fuente de contaminación de la cavidad peritoneal. El estudio de las mismas provee valiosa información al médico actuante ante un paciente con peritonitis, ya que de esta forma podrá anticipar los gérmenes que probablemente ocasionan la infección.

FLORA NORMAL DEL APARATO DIGESTIVO Y LOS PRINCIPALES FACTORES PATOLÓGICOS QUE LA MODIFICAN

Estómago: Las bacterias que se encuentran en el estómago provienen, en su gran mayoría de la flora orofaríngea y son transportadas por la saliva. En menor grado llegan con los alimentos y por reflujo del contenido intestinal a través del píloro. En personas normales, el jugo gástrico se considera "estéril", pues contiene pocos gérmenes, menos de 10^3 /ml, siendo los más habituales el estreplococo aerobio, el lactobacilo y hongos.

En relación a los factores que determinan o regulan la cantidad de bacterias que se pueden observar en una muestra de contenido gástrico, se incluyen: el pH gástrico, la concentración de gérmenes en los alimentos y el vaciamiento del estómago⁷⁹. En general, aumentan transitoriamente tras la ingesta¹²⁸, siendo la secreción de ácido una de las principales causas que limitan el crecimiento bacteriano.

El retardo de la evacuación gástrica ya sea por causas benignas o malignas, resulta en un aumento y cambios en la composición de la flora. Por lo tanto, la modificación de estos factores en forma aislada o combinada como ocurre en diversos estados patológicos, determina alteraciones de la flora con importantes consecuencias clínicas.

Un comentario especial merece la perforación de la úlcera péptica gastroduodenal, pues constituye un cuadro de abdomen agudo en el que la peri-

tonitis que se desarrolla es considerada "química" o "estéril". A este respecto Fong³⁰ llama la atención sobre las consecuencias sépticas de la misma, considerando que se menosprecia el poder patógeno de las bacterias contenidas en el estómago y en el duodeno. En su trabajo, sobre 182 pacientes operados por úlcera gastroduodenal perforada (150 duodenales y 32 gástricas) observó 22 casos con absceso intraabdominal, 26 infecciones de la herida, 18 peritonitis generalizadas y en 56 muestras (71%) de 79 estudiadas, el cultivo del líquido peritoneal fue positivo.

Finalmente, no cabe duda que los factores que normalmente mantienen "estéril" el contenido gastroduodenal, sufren alteraciones en los estados mórbidos, hecho que debe ser tenido presente a la hora de hacer las indicaciones terapéuticas.

Intestino delgado: En este sector del aparato digestivo, las bacterias que habitualmente se aíslan son las provenientes de la flora orofaríngea en tránsito desde el estómago. La concentración varía entre 0 y 10^4 por ml. A este nivel comienzan a encontrarse gérmenes de las familias Enterobacteriaceae y Bacteroides en pequeñas cantidades, aumentando su número a medida que se progresa hacia la válvula ileocecal. En el íleon terminal, la concentración de aerobios es de 10^4 a 10^5 y dado que existe paso desde la flora colónica, la presencia de bacterias fecales es constante¹²⁶.

Se ha demostrado crecimiento excesivo bacteriano en las hipo o aclorhidrias¹²⁶, en el síndrome del asa ciega, es decir cuando un sector del intestino se encuentra aislado de la continuidad normal, en la diabetes y esclerodermia por hacerse más lentos los movimientos intestinales, y en la obstrucción intestinal. En este último caso, el desarrollo bacteriano es exuberante, siendo más significativo cuando el nivel de la obstrucción está más próximo a la válvula ileocecal.

Colon: El intestino grueso constituye un reservorio de enormes cantidades de gérmenes, que incluyen cerca de 500 tipos distintos de bacterias y cuya trascendencia clínica es bien conocida por todos.

En el colon, las bacterias anaerobias se aíslan más frecuentemente que las aerobias en una relación que varía entre 1.000 y 10.000 a 1 y a partir de la válvula ileocecal ocurre un gran aumento en la cuenta de las mismas⁷⁹. Entre las numerosas especies de gérmenes aislables del contenido colónico, debemos mencionar: *Bacteroides fragilis*, *Eubacterium*, *Clostridium* y cocos anaerobios, *Bifidobacterium*, *Escherichia coli* y *Enterococos*.

La *Escherichia coli* es el más frecuente de los aerobios y se aísla en concentraciones de hasta 10^8 por gramo de contenido intestinal, mientras que el *Bacteroides fragilis* es el anaerobio más abundante, encontrándose en concentraciones de 10^8 a 10^{11} por gramo⁹.

En la cirugía electiva del aparato digestivo, la de colon y recto representa la primera causa de infección intraabdominal, siendo aún mayor la contaminación peritoneal en los procesos agudos como la apendicitis y la diverticulitis perforada. A este respecto, Barlet y colaboradores⁹, en la cirugía electiva colorrectal observaron complicaciones sépticas de pared o intraperitoneales en 19 pacientes (16%), 18 de los cuales presentaron flora mixta, siendo el *Bacteroides fragilis* el más frecuente entre los anaerobios y la *Escherichia coli* entre los aerobios. En este mismo trabajo, de las 8 bacteriemias desarrolladas, en 6 se aislaron *Bacteroides fragilis*. Debemos destacar que la obstrucción colónica aumenta significativamente la cantidad de bacterias en la luz del órgano, llegando inclusive a sumar 10^{12} por gramo de contenido intestinal.

Es universalmente aceptado que previo a las operaciones electivas de colon, la adecuada preparación mecánica y bacteriológica del mismo, son condiciones indispensables para disminuir el índice de complicaciones sépticas. Desde hace relativamente poco tiempo, se conoce que los antibióticos indicados en estas circunstancias deben ser activos frente a bacterias aerobias y anaerobias, siendo la combinación eritromicina-neomicina la primera cuya eficacia fue demostrada en protocolos prospectivos, al azar y a doble ciego¹⁴. En este trabajo, la frecuencia de complicaciones infecciosas fue del 9% frente al 43% de los pacientes que recibieron placebos. Posteriormente, se han preconizado numerosos esquemas para la "esterilización" del colon, habiendo adquirido gran difusión, al menos en

nuestro medio, el uso de metronidazol asociado a neomicina vía oral o una cefalosporina por vía parenteral.

En síntesis, en el momento actual, podemos aceptar que las complicaciones sépticas originadas a partir del intestino grueso, son polimicrobianas y mixtas, es decir, producidas por la asociación de distintas bacterias aerobias y anaerobias, debiéndose desde un punto de vista profiláctico y terapéutico, actuar sobre ambas formas bacterianas.

Vías biliares: En adultos jóvenes, se considera que las vías biliares no alojan gérmenes y que la bilis es "estéril". La forma en que las bacterias colonizan en la misma no es bien comprendida, postulándose el ascenso canalicular desde el duodeno y la vía hematogena desde el colon.

Existen numerosos factores que favorecen el crecimiento bacteriano en las vías biliares, siendo los más importantes: 1) la obstrucción parcial o total, benigna o maligna; 2) la edad avanzada (más de 70 años); 3) las fistulas biliodigestivas espontáneas o quirúrgicas; 4) la isquemia y 5) las alteraciones anátomo-funcionales¹²⁶. Sin duda, tanto en nuestro medio como en la literatura internacional, la litiasis biliar es la causa más frecuente y condicionante de obstrucción extrahepática al libre flujo de la bilis y por lo tanto, del desarrollo bacteriano, siendo no obstante generalmente aceptado que desde un punto de vista clínico, la contaminación bacteriana de la bilis es prácticamente asintomática en ausencia de obstrucción.

Las bacterias comúnmente halladas incluyen: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter* y *Enterococos*. La recuperación de anaerobios aumenta a medida que las técnicas para su obtención y desarrollo mejoran, llegando a un 41% en una comunicación de Eng'and y Rosenblath²⁷.

Podemos concluir que el conocimiento de la flora normal de cada uno de los sectores del aparato digestivo y las modificaciones que sufre la misma a causa de las distintas enfermedades, constituyen la base racional para el empleo de antibióticos en la práctica médica.

RELACIÓN ENTRE FLORA Y HUÉSPED. SINERGIA BACTERIANA

La relación entre las bacterias que conforman la flora intestinal humana normal incluye muchos ejemplos de simbiosis. Entre ellas, debemos citar la producción de vitaminas del complejo B o de áci-

do láctico, sustancias que son utilizadas por otras para su desarrollo. También se aceptan relaciones simbióticas entre las bacterias de la flora y el huésped, como la actividad de ciertos gérmenes en procesos relacionados con la digestión, con el metabolismo de los carbohidratos, con la proteólisis de la caseína, desaminación y descarboxilación de aminoácidos y en la producción de lipasa y vitaminas³³.

Las interacciones entre los gérmenes que constituyen la flora intestinal y los patógenos entéricos, son de una gran importancia clínica, su trascendencia para el mantenimiento de la salud del huésped es bien conocida, existiendo numerosos ejemplos experimentales que así lo certifican⁴⁷.

En relación a las modificaciones de la flora normal de cada uno de los sectores del aparato digestivo que ocurren en los principales estados patológicos, remitimos al lector al capítulo anterior. A esto debemos agregar los cambios inducidos en la flora intestinal por el uso indiscriminado o poco cuidadoso de ciertos fármacos, como por ejemplo, de antibióticos, los cuales pueden ocasionar peligrosas consecuencias especialmente en pacientes en grave estado (diarrea asociada a antibióticos, superinfecciones, desarrollo de cepas resistentes)²⁹. Además debemos tener siempre presente los efectos o cambios que pueden ocasionar los gérmenes sobre los antibióticos, habiéndose sugerido que la toxicidad sobre la médula ósea atribuida al cloranfenicol, quizás pueda explicarse por la acción de un metabolito del mismo producido por cepas de *Escherichia coli*⁵⁰.

Cuando los resultados "patógenos" que se obtienen por la acción combinada de 2 ó más especies de bacterias no se producen por cada una de ellas por separado, nos encontramos frente al concepto de sinergia bacteriana. Existen muchas situaciones clínicas y de laboratorio de gran importancia de sinergia entre distintas especies, siendo particularmente trascendentes en ese sentido los trabajos de Altemeir³ en referencia a la flora de la peritonitis y de Me'enev^{cit. 127} sobre la gangrena.

Desde un punto de vista experimental, Onderdonk y colaboradores⁸², en 1976, demostraron que la producción de abscesos intraabdominales como consecuencia de una contaminación previa, necesita de la participación conjunta de bacterias aerobias y anaerobias, actuando en forma sinérgica. Este mismo grupo de trabajo ha estudiado la respuesta obtenida con la inoculación de cantidades adecuadas de cepas de *Escherichia coli*, *Enterococos*, *Bacteroides fragilis* y *Fusobacterium varium* (aero-

bios y anaerobios) en forma individual o en todas las combinaciones posibles entre 2 cepas o las 4 juntas. Como puede apreciarse en el cuadro 1, con la inoculación de cepas puras se observaron los siguientes resultados.

CUADRO 1

Especie	Nº de ratas	Mortalidad	Abscesos
<i>E. coli</i>	20	13/20 - 65 %	0/7
<i>Enterococos</i>	20	0/20	0/20
<i>B. fragilis</i>	20	0/20	0/20
<i>F. varium</i>	20	0/20	0/20

Cuando se combinaron las cepas en pares (cuadro 2), la mortalidad se limitó a los que recibieron *Escherichia coli* como una de las especies, con un porcentaje que varió entre el 25 y el 37%. La asociación de 2 bacterias aerobias no ocasionó abscesos y la de 2 anaerobias sólo desarrolló en 1 de 19 (5%). Por el contrario, la inoculación de bacterias aerobias y anaerobias produjo una alta incidencia de abscesos que osciló entre el 89 y el 100% de los animales según el grupo (cuadro 2) y resultados similares se observaron cuando se inocuaron las 4 cepas de bacterias.

CUADRO 2

Germen inoculado	Mortalidad	Abscesos
<i>E. coli</i> + <i>enterococos</i>	5/20 - 25 %	0/15
<i>E. coli</i> + <i>B. fragilis</i>	7/19 - 37 %	13/13 - 100 %
<i>E. coli</i> + <i>F. varium</i>	6/19 - 32 %	12/13 - 92 %
<i>Enterococos</i> + <i>B. Fragilis</i>	0/20	19/20 - 95 %
<i>Enterococos</i> + <i>F. varium</i>	0/19	17/19 - 89 %
<i>B. fragilis</i> + <i>F. varium</i>	0/19	1/19 - 5 %

Con respecto a los mecanismos de origen y desarrollo de la sinergia bacteriana, se ha sugerido la producción de una gran variedad de enzimas y el desarrollo de nutrientes por una de las bacterias, lo cual permite o facilita el crecimiento de la otra. También se ha llamado la atención sobre la reducción de la concentración local de oxígeno en el sitio de la infección por consumo del mismo por las bacterias aerobias, disminuyendo el potencial redox y facilitando de este modo el desarrollo e invasión de los anaerobios¹⁰².

TRANSLOCACIÓN

Se llama translocación al pasaje de bacterias viables desde el tracto gastrointestinal a los ganglios linfáticos mesentéricos y a otros órganos a través del epitelio mucoso¹¹⁻⁸³. El estudio de este fenómeno se realiza en animales de experimentación desarrollados y mantenidos en condiciones especiales, libres de gérmenes o libres de patógenos específicos⁶⁸.

En animales sanos se producirá translocación de las bacterias de la flora intestinal normal si son sometidos a un estrés de suficiente magnitud, como por ejemplo, quemaduras profundas y extensas; asimismo, con dosis subletales de endotoxina también se puede producir translocación en el laboratorio de investigación.

Uno de los factores que favorece la translocación es la disminución o ausencia de la capacidad inmunológica mediada por los linfocitos T, hecho demostrado por Owens y Berg⁸³ en ratas congénitamente atímicas homocigotas (nu/nu) y con timo heterocigotas (nu/-). En el primer grupo de ratas se recuperaron bacterias viables en el 50% de los órganos estudiados (ganglios linfáticos mesentéricos, bazo, hígado y riñones), translocados desde el aparato digestivo. Por el contrario, en las heterocigotas, el porcentaje fue del 5,2%. En ratas atímicas, a las que se les trasplantó el timo de las heterocigotas, el porcentaje de positividad descendió a 7,8%, sugiriendo que el restablecimiento de la inmunidad celular disminuyó el índice de translocaciones prácticamente a valores testigos. Por otra parte, las ratas atímicas presentan disminución de la Ig A secretoria en su tracto gastrointestinal, aceptándose que este hecho puede constituir un factor que favorezca en estos animales el paso de las bacterias a través de la mucosa intestinal⁸³.

También se ha demostrado, que el crecimiento excesivo de una sola especie bacteriana favorece la translocación de estas bacterias, existiendo relación directa entre la cantidad contenida en el intestino y las cuentas obtenidas de los ganglios linfáticos mesentéricos. La introducción de flora polimicrobiana que antagonice la especie estudiada, determina la disminución de su concentración en la luz intestinal y, paralelamente, la ausencia de translocación¹¹.

Es conocido que algunas bacterias patógenas, como ciertas especies de Salmonellas, se valen de este mecanismo invasivo; pero la comprobación del hecho que gérmenes habituales de la flora intes-

tinal también pueden translocarse en circunstancias especiales, ha abierto la posibilidad de poder explicar la circunscripción por la cual las bacterias intestinales, que constituyen un enorme reservorio de gérmenes, puedan por este principio patogénico, ocasionar infecciones a distancia.

RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS

El fin de la instauración del tratamiento antibiótico lo constituye la inhibición del desarrollo o la muerte bacteriana resultante de la acción conjunta de los antimicrobianos y los factores defensivos del huésped. Estos resultados dependen de características propias de las bacterias, de los antimicrobianos y de factores farmacodinámicos resultantes de la alteración del estado fisiológico del paciente.

Un agente antimicrobiano puede no tener acción deletérea sobre un germen determinado, por varias razones, pero fundamentalmente por la producción por parte de éste de enzimas que lo inactiven, por la presencia de elementos celulares que impidan su ingreso al germen y por ausencia o diferencias estructurales en las enzimas sobre las cuales actúa la droga de tal forma que sea imposible su actividad.

La presencia del antimicrobiano en concentraciones suficientes en el órgano o tejido afectado y factores como el pH y el tenor de O₂ que participan en la actividad de los sistemas de defensa, son aspectos fundamentales para posibilitar la acción de la droga, y a tener en cuenta al instituir el tratamiento.

Cuando la concentración de la droga necesaria empleada para inhibir el desarrollo o producir la muerte bacteriana, alcanza niveles tóxicos o riesgosos para el ser humano, se considera que el microorganismo es resistente al antibiótico³⁸. Mayor trascendencia clínica tiene la resistencia adquirida a los antibióticos por parte de las bacterias. La misma es estable y se transmite de generación en generación. Muchas veces resulta del uso inadecuado de estas drogas y es uno de los principales problemas en el manejo de las enfermedades infecciosas.

Las bacterias adquieren resistencia a los antibióticos, es decir, disminuye la sensibilidad de un germen a una droga en relación a los resultados obtenidos en el primer contacto entre ambos, por 2 mecanismos fundamentales; en primer lugar por mutación, y en segundo, por transferencia de in-

formación genética que codifique la resistencia a un antibiótico entre los gérmenes, lo que incluye la transducción, la transformación y la conjugación³⁸. En lo que se refiere al primer mecanismo, la gran población bacteriana origina nuevas generaciones de bacterias recientemente mutadas en el tracto intestinal¹⁵, y entre ellas algunas que por azar incluyen un cambio genético que les permite ser resistentes a la acción del antimicrobiano. Además, al exponerse estas bacterias a los antibióticos, puede ocurrir selección con inhibición de las cepas sensibles y desarrollo de las cepas resistentes.

La transducción implica el paso de material genético hacia una bacteria mediante un bacteriófago. La transformación se realiza por la incorporación de DNA presente en el medio a los gérmenes y la conjugación se produce cuando hay paso de información genética en forma directa, por medio de un puente sexual entre bacterias, pudiendo de esta forma los gérmenes adquirir resistencia a múltiples antibióticos al mismo tiempo. La conjugación representa la principal causa de resistencia a los antibióticos entre las enterobacterias patógenas para el hombre¹⁵. En estos casos también juega una importancia fundamental la selección producida por los antimicrobianos.

CAPITULO IV

FISIOPATOLOGIA

La agresión del peritoneo por estímulos de distinto origen, produce una reacción inflamatoria de variada intensidad y simultáneamente pone en marcha una serie de mecanismos locales y generales que intentan delimitar o atenuar la agresión.

En el presente capítulo, nos referiremos en primer término a los factores adyuvantes de las bacterias en la producción de las peritonitis, luego a la respuesta inflamatoria peritoneal, las condiciones y mecanismos por los cuales se produce la misma, los factores que la estimulan y los medios que utiliza el huésped para oponerse al desarrollo de la infección intraabdominal: la acción de los leucocitos, el aclaramiento de las bacterias por el sistema linfático y los fenómenos plásticos que se producen, incluyendo la formación de adherencias. Finalmente analizaremos las consecuencias de la peritonitis aguda en los distintos aparatos y sistemas de la economía.

El estudio minucioso y la comprensión de las bases fisiopatogénicas del desarrollo de la peritonitis, son indispensables para poder interpretar las manifestaciones clínicas e instituir un tratamiento racional de acuerdo al nivel actual de nuestros conocimientos.

FACTORES ADYUVANTES

En la peritonitis producida por el paso a la cavidad abdominal de contenido intestinal, los microorganismos se acompañan siempre de materiales que facilitan la infección.

En el animal de experimentación, la introducción intraperitoneal de cantidades subletales de cepas puras de bacterias, no produce peritonitis a no ser que se asocie a sustancias adyuvantes que estimulen la acción patógena de las mismas a nivel peritoneal¹⁰⁹. Entre ellas se citan la hemoglobina, el aumento del volumen del líquido intraabdominal, la fibrina, el tejido necrótico, las heces, el sulfato de bario, la secreción gástrica y las sales biliares⁴⁴⁻⁸².

Hemoglobina: Constituye el factor adyuvante que ha sido mejor estudiado. Se sabe que la hemoglobina únicamente ejerce este efecto cuando se asocia simultáneamente a las bacterias en la cavidad peritoneal¹⁰¹. Son varios los mecanismos propuestos para explicar su actividad, siendo los principales el de interferir con el ingreso de los polimorfonucleares a la cavidad peritoneal y el de inhibir la actividad antibacteriana de éstos; también se ha sugerido⁶² que la hemoglobina puede proveer nutrientes para el desarrollo de las bacterias en rápido crecimiento, e impedir el aclaramiento de los gérmenes de la cavidad peritoneal a través de la circulación linfática⁴⁴. A título ilustrativo de la acción adyuvante de la hemoglobina queremos citar la siguiente experiencia: la introducción intraperitoneal en la rata de 2×10^8 de *E. coli* produjo un 10% de mortalidad. Esta misma cantidad de bacterias inyectadas en una suspensión al 2,5% de hemoglobina resultó en la muerte del 100% de los animales⁴⁴ (gráfico 1).

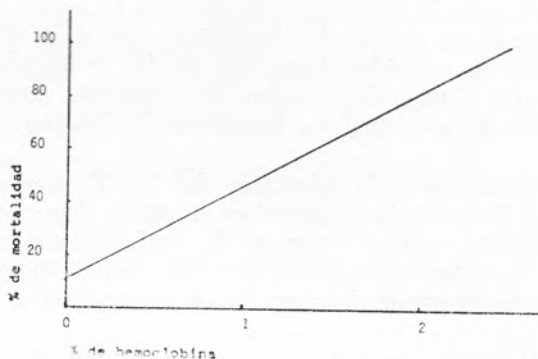


Gráfico 1. — Relación entre la concentración de hemoglobina en el inóculo bacteriano y la mortalidad en ratas (tomado de Hau T. y colaboradores⁴⁴).

Líquido intraperitoneal: El aumento de volumen del líquido intraabdominal que ocurre en las peritonitis agudas actúa por varios mecanismos y favorece el desarrollo de la infección. Se acepta que participaría produciendo disturbios en los meca-

nismos de aclaramiento de las bacterias y disminuyendo la acción de las opsoninas y las células del huésped que intervienen en la fagocitosis.

Existen evidencias experimentales de la acción adyuvante del aumento del líquido peritoneal²⁴. La administración intraperitoneal en la rata de 5×10^8 de *E. coli* viable en 1 ml de solución salina fisiológica, ocasionó una mortalidad del 20% a los 48 hs de iniciado el estudio. Por el contrario, la introducción de volúmenes mayores de líquido produce un aumento significativo de la mortalidad en el mismo período, llegando a ser del 70% con 30 ml.

Estos hechos experimentales confirman la actividad del líquido intraperitoneal como adyuvante en el desarrollo de las peritonitis, y además proveen una base fisiopatogénica para la comprensión de las inflamaciones peritoneales primarias que ocurren en los cirróticos y en pacientes afectos de síndrome nefrótico.

Fibrina: En el curso de las peritonitis agudas, la liberación de tromboplastina por parte de las células mesoteliales dañadas, permite que el fibrinógeno llegado a la cavidad abdominal se convierta en fibrina y simultáneamente se anula o deprime la actividad fibrinolítica, normalmente presente en las membranas de las células mesoteliales¹. Por lo tanto, al evolucionar el cuadro inflamatorio, se intensifica la formación de fibrina en la cavidad. Los trombos de fibrina constituyen un factor defensivo ante la infección, bloqueando la misma y atrapando en su interior bacterias, pero a la vez impiden la actividad fagocítica de los polimorfonucleares y macrófagos sobre los gérmenes, favoreciendo de este modo la formación de abscesos.

Por otra parte, la migración del líquido peritoneal a los espacios subfrénicos ocasiona depósitos de fibrina en esas regiones, lo cual dificulta el normal avenamiento linfático a este nivel, estimulando el desarrollo de abscesos en esos espacios.

Del análisis de todos estos aspectos mencionados sintéticamente, se desprenden consecuencias clínicas y terapéuticas muy importantes. En base a estos hallazgos, la hemostasia prolija, la extracción de los restos de sangre o tejidos de la cavidad, el lavado abundante de la misma cuando sea necesario, seguido de la aspiración completa del líquido y secado con compresas, son principios fundamentales para la prevención de complicaciones infecciosas intraabdominales postquirúrgicas.

RESPUESTA INFLAMATORIA PERITONEAL

Los distintos factores que agreden la membrana peritoneal producen como respuesta común la inflamación de la serosa. La etiología, las condiciones generales del paciente previas a la instauración del cuadro y la capacidad del huésped para evitar el desarrollo de la inflamación peritoneal condicionarán los diversos matices, las características y la evolución de la enfermedad en ausencia de tratamiento.

En el origen y desarrollo de las peritonitis agudas se incluyen la acción conjunta de sustancias químicas irritantes (bilis, enzimas pancreáticas, orina) y de bacterias y demás factores que se vierten a la cavidad abdominal, las cuales inician y/o potencian el curso evolutivo del cuadro inflamatorio local.

En las peritonitis producidas por perforación de una víscera hueca, las especies de bacterias que se obtienen de la cavidad dependen de la porción del tracto intestinal, que da origen a la contaminación peritoneal. Las más frecuentes, reuniendo los resultados de series importantes, incluyen: *E. coli*, *Proteus* y *Klebsiella* entre las aerobias y *Bacteroides*, cocos anaerobios y *Clostridium* entre los anaerobios⁷⁹⁻¹²⁶. La flora de las peritonitis es generalmente polimicrobiana y las bacterias actúan sinérgicamente en su producción⁸².

El paso o la introducción de grandes cantidades de bacilos Gram negativos aerobios a la cavidad peritoneal, ocasiona en forma rápida una significativa mortalidad, la cual se relaciona en forma directa con el número de bacterias, aceptándose que es una respuesta a las actividades biológicas de la endotoxina.

La respuesta inflamatoria comienza con congestión vascular, hiperhemia y edema de la membrana peritoneal, lo que ocasiona trasudación al tejido submesotelial y altera la función de absorción. La permeabilidad capilar alterada en esta etapa inflamatoria inicial, aumenta el paso de líquido desde los espacios vascular e intersticial hacia la cavidad peritoneal. Este trasudado inicial, contiene escasa proporción de proteínas y se acompaña de diapédesis de leucocitos polimorfonucleares, de mucha importancia en los mecanismos de defensa del huésped. La presencia de enzimas de distinto origen y la liberación de autacoides, fundamentalmente de histamina, por parte de los mastocitos peritoneales, incrementan la inflamación peritoneal y alteran en mayor grado la permeabilidad de los pequeños vasos, aumentando la cantidad de líquido que accede

a la cavidad y, por la misma razón, la concentración de proteínas.

La inflamación peritoneal se acompaña de íleo intestinal progresivo, que puede ir precedido de una etapa de hipermotilidad, pero que finalmente conduce a la parálisis parcial o total de las asas intestinales. Las asas distendidas, llenas de gas y líquido, responden a la mayor presión intraluminal, con aumento de la secreción de líquido en su interior. Se postulan factores neurogénicos, hormonales y locales para comprender la producción del íleo que acompaña a la peritonitis aguda¹²⁶. La distensión de las asas intestinales puede comprometer la circulación de las mismas y la isquemia resultante favorecer el paso de bacterias a través de la pared intestinal al torrente vascular²³.

Finalmente, y como resultado de la respuesta inflamatoria peritoneal, el hecho clínico más importante hasta este punto del desarrollo de la peritonitis, lo constituye la enorme cantidad de líquido que puede atraparse en la cavidad abdominal, en el espacio submesotelial y en las asas paralizadas de intestino. Estas cantidades, a veces masivas de fluido, electrolitos y proteínas, quedan funcionalmente afuera de los espacios intra y extracelular, formando un "tercer espacio" que constituye un hecho patológico de gran repercusión. Así, por ejemplo, en procesos inflamatorios extensos¹²⁶ pueden secuestrarse hasta 4 lt de líquido en 24 horas, razón por la cual el "shock" hipovolémico constituye una de las principales causas de muerte en las etapas iniciales de la peritonitis. Por este motivo, la reposición adecuada de líquidos que contemple esta pérdida, es pilar fundamental en el tratamiento inicial de sostén de estos pacientes¹⁰².

MECANISMO DE DEFENSA DEL HUÉSPED

Los mecanismos de defensa intentan limitar el proceso inflamatorio y por lo tanto la diseminación de la infección; pero en ocasiones estos mecanismos son superados por condiciones o factores que potencian la actividad de la agresión, como un inóculo masivo y/o continuo de bacterias de varias especies, y además por la existencia de sustancias adyuvantes o cuerpos extraños que evitan el control de la inflamación.

La trasudación y el exudado de líquido desde la membrana inflamada hacia la cavidad peritoneal se acompaña de grandes cantidades de polimorfonucleares hacia la misma en pocos minutos. El número de estos leucocitos es proporcional al inóculo de bacterias¹²⁹. Las bacterias activan la

vía alternativa de complemento induciendo la producción de factores quimiotácticos (C5a) y opsoninas (C3b) y las bacterias opsonizadas son fagocitadas por los polimorfonucleares; horas más tarde comienza la actividad de los macrófagos, que constituyen junto con los anteriores la principal defensa de la cavidad abdominal.

Otro mecanismo que emplea el organismo para oponerse a la infección peritoneal lo constituye la absorción de bacterias y partículas libres en la cavidad peritoneal hacia el sistema linfático, a través de los estomas subdiafragmáticos, lo cual ocurre en forma muy rápida, entre 3 y 5 minutos en el conejo y 6 a 10 en el perro. Experimentalmente, nosotros hemos observado en el perro, que a los 15 minutos de inducida una peritonitis por perforación cecal, se pueden cultivar bacterias anaerobias y aerobias, normalmente presentes en el colon de la linfa proveniente del conducto torácico.

Los grandes volúmenes de líquido que pueden acumularse en la cavidad abdominal, alteran la eficiencia de este proceso, permitiendo la proliferación bacteriana¹⁰². Los gérmenes contenidos en la cavidad se movilizan junto al líquido, distribuyéndose por la misma y migrando hacia los espacios subfrénicos y las zonas declives.

Por otra parte, durante la peritonitis, las células mesoteliales liberan tromboplastina que deriva en la formación de fibrina. Las adherencias fibrinosas entre los órganos intraabdominales, las paredes del abdomen y el epiplón mayor, juegan un papel fundamental entre los medios del huésped para localizar la infección intraabdominal¹⁰². Una mención especial merece el epiplón mayor por su capacidad de localizar los procesos inflamatorios, migrando a la región de la cavidad abdominal donde se origina la infección, adhiriéndose a vísceras perforadas o inflamadas y constituyendo un tumor inflamatorio llamado plastrón. Así, por ejemplo, es frecuente observar esta respuesta en las apendicitis y colecistitis agudas y en la diverticulitis perforada. El plastrón puede terminar desapareciendo por reabsorción o constituyendo un absceso. Por otra parte, el epiplón mayor puede proveer riego sanguíneo adicional a segmentos intestinales mal irrigados y participar en la absorción de partículas y gérmenes¹⁰⁴.

FORMACIÓN DE ADHERENCIAS

La reacción inflamatoria en la cavidad peritoneal desarrollada en modelos experimentales por la producción de peritonitis infecciosas o asépticas, determina la formación de fibrina. Esta, ocasiona

adherencias entre los órganos afectados en el proceso inflamatorio.

El principal factor que favorece la formación de adherencias a nivel peritoneal es la hipoxia local, condición que se produce en todas las formas de peritonitis¹⁷⁻²⁶. Por otra parte, las propiedades fibrinolíticas del peritoneo son abolidas durante la inflamación del mismo. Otros factores que estimulan el desarrollo de las adherencias son: la estasis venosa y la tensión exagerada de la membrana peritoneal, que se produce, por ejemplo, en la peritonización de las zonas cruentas²⁵.

Las características morfológicas de los exudados de fibrina dependen de la cantidad desarrollada y de factores mecánicos que actúan sobre el coágulo. En última instancia, las adherencias serán el resultado del equilibrio alcanzado entre los factores que estimulan y los que deprimen su formación.

En primer lugar, los coágulos de fibrina por sí mismos producen la adhesión de las zonas inflamadas, constituyéndoles adherencias fibrinosas; más tarde comienzan a organizarse y aparecen los fibroblastos, sirviendo la fibrina de molde o esqueleto para la formación de las adherencias fibrosas. La posterior presencia de capilares en las adherencias promueve el desarrollo de los fibroblastos, que estimulados por condiciones locales (hipoxia, aumento del lactato, factor fibrogénico de los macrófagos) forman fibras colágenas, y de esta manera, las adherencias se vuelven definitivas⁹⁰.

RESPUESTA SISTÉMICA. SEPSIS

Al desarrollarse la inflamación de la serosa peritoneal, los mecanismos que rigen el intercambio de fluidos a través de la membrana se alteran, determinando la acumulación de volúmenes variables de líquido en la cavidad peritoneal y tejidos submesoteliales que quedan aislados del compartimiento extracelular. La cantidad dependerá básicamente de la etiología, de la extensión de la superficie peritoneal comprometida y del tiempo evolutivo, a lo que debemos agregar el líquido retenido en las asas intestinales paralizadas y distendidas, hechos a los que nos hemos referido previamente. La hipovolemia y los cambios de adaptación que se originan como consecuencia de la formación de este tercer espacio, dominan el cuadro clínico hasta el momento de hacerse evidentes los síntomas de otras complicaciones o la sepsis.

Esta hipovolemia se ve agravada si el paciente presenta deshidratación previa, entre otras causas, producto del ayuno, vómitos, aspiración nasogástrica, o fundamentalmente debido a un aporte parenteral insuficiente de líquidos, desde un tiempo previo variable (que puede ser de días) hasta el momento de recibir tratamiento médico adecuado.

La repercusión clínica (taquicardia, hipotensión, oliguria) desencadenada por la hipovolemia, será más o menos franca según las particularidades de cada caso. El tratamiento de reposición de líquido constituye el pilar insoslayable en el manejo correcto de estos pacientes que, si fallecen en las etapas previas a la generalización séptica, se debe, por lo general, a deshidratación o "shock" hipovolémico¹⁰².

El progreso de la peritonitis puede ocasionar la generalización de la infección y el desarrollo de sepsis, que se debe a la acción de las toxinas producidas por las bacterias, las más de las veces Gram negativas.

Se considera que las propiedades biológicas de las endotoxinas radican en los antígenos somáticos (O), más específicamente en una porción de los mismos, el lípido A. Las endotoxinas estimulan la liberación de histamina y serotonina, sustancias que alteran los endotelios a nivel de la microcirculación, que deriva en el paso de mayores cantidades de líquido al espacio intersticial⁹⁸. Las endotoxinas además del efecto vascular antes mencionado, producen: fiebre al determinar la liberación de pirógeno endógeno, coagulación intravascular diseminada en algunos modelos experimentales, leucopenia y aumento de la adhesividad de las plaquetas.

Experimentalmente, los cambios hemodinámicos producidos por la sepsis de Gram negativos incluyen en sus etapas más tempranas un estado circulatorio hiperdinámico asociado a gasto cardíaco alto y disminución de la resistencia periférica y de la diferencia arterio-venosa de O₂. Clínicamente, el paciente presenta taquicardia, presión venosa central normal, tensión arterial normal o baja, cara y extremidades rubicundas y tibias, e hiperventilación¹¹⁷.

Lang y colaboradores⁶⁰ estudiaron los cambios en la distribución del gasto cardíaco durante la etapa hiperdinámica de la sepsis en ratas con peritonitis. Cinco órganos tuvieron un aumento sostenido de su aporte sanguíneo a lo largo del experimento: corazón, bazo, intestino delgado, glándulas adrenales e hígado. El aumento mayor se produjo en el hígado, con incremento del flujo tanto de la vena porta como de la arteria hepática.

Estos investigadores también notaron una disminución de la reserva cardíaca durante la sepsis, medida como pérdida de la relación entre el gasto cardíaco y el flujo coronario. Por otra parte, los corazones de las ratas sépticas tuvieron un CBF elevado, pero fijo en un rango amplio de trabajo cardíaco, no aumentando el mismo al aumentar el trabajo cardíaco, como ocurrió en las ratas del grupo control. En contraposición a estos datos, en otro estudio, se demostró disminución del flujo hepático efectivo, medido por el "clearance" de galactosa a bajas dosis ¹¹⁷.

Como es de esperar, los numerosos cambios fisiológicos que se producen en este período en respuesta a la sepsis, pueden confundirse con los cambios desencadenados previamente por la presencia de la inflamación peritoneal y enfermedades asociadas. Su estudio en modelos animales arroja resultados muchas veces contradictorios y no comparables, razón por la cual creemos que no deben extrapolarse a la clínica en forma simplista.

Si el manejo del medio interno no es suficientemente energético, la evolución de la sepsis acentúa la hipovolemia y el "shock" adquiere un patrón distinto, caracterizado por gasto cardíaco bajo, descenso de la presión venosa central (aunque puede elevarse), incremento de las resistencias periféricas y tensión arterial baja; factores que determinan la inadecuada perfusión de los tejidos (hipoxia) y las consecuentes alteraciones en el metabolismo celular, destacándose entre ellas la acidosis metabólica, producto de la acumulación de ácido láctico, como resultado final del metabolismo anaerobio de los glúcidos.

En relación a los cambios hemodinámicos citados, también se ha sugerido que en el desarrollo de la acidosis existiría una imposibilidad primaria de las células para utilizar el oxígeno en etapas previas a la instauración de la hipovolemia y de la hipoxia ¹¹². Esta fase final constituye el cuadro de "shock" frío; en contraposición al estado previo de "shock" caliente, el pronóstico de ésta etapa tardía es sombrío y el tratamiento más difícil.

La respuesta hiperventilatoria inicial puede deberse a las alteraciones producidas por las endotoxinas en los capilares pulmonares, a los que se suman, deteriorando la mecánica ventilatoria, factores como la ansiedad, el dolor y la distensión abdominal. La hiperventilación y la alcalosis respiratoria pueden ser el primer signo de sepsis por Gram negativos a punto de partido intraperitoneal, y 2/3 de los pacientes con peritonitis grave presentan algún grado de insuficiencia respiratoria ¹²¹.

En algunos casos, las lesiones pulmonares evolucionan al síndrome de "distress" respiratorio del adulto.

La hipovolemia, producto del aislamiento de grandes volúmenes de líquido del espacio vascular, a causa del desarrollo de la inflamación peritoneal y la generalización de la infección, determina la puesta en marcha de numerosos procesos fisiológicos que intentan mantener el estado hemodinámico próximo al normal. Estos mecanismos pueden ocasionar disminución del flujo plasmático renal, del volumen del filtrado glomerular y de la diuresis. Ocurren durante la sepsis cambios en la distribución intrarrenal del flujo sanguíneo. La corteza renal recibe normalmente el 85% del mismo, pero en los cuadros sépticos por bacterias Gram negativas, la sangre es desviada a la médula ocasionando un lavado del intersticio, lo cual disminuye la capacidad de concentración de los riñones. Si la terapéutica es eficiente, en las etapas tempranas del cuadro se puede evitar la insuficiencia renal, pero cuando los pacientes evolucionan a la fase fría, ocurre marcada disminución de la perfusión renal y el riesgo de insuficiencia renal aguda es muy alto.

Cuando el desarrollo de la terapéutica permitió mantener con vida enfermos en gravísimo estado mediante el sostén de sus funciones, fue posible observar la insuficiencia de distintos sistemas en estos pacientes.

La disminución de la función de los órganos puede ocurrir en forma aislada o múltiple, constituyendo el cuadro del fallo múltiple de órganos, y ésta es una eventualidad frecuente y a menudo fatal en los enfermos con cuadros sépticos severos. Se han descrito y están bien caracterizados el "distress" respiratorio, la insuficiencia renal, la ictericia y la falla hepática, las hemorragias digestivas, la colecistitis aguda alitiásica, la coagulación intravascular diseminada, la insuficiencia miocárdica y la depresión de la conciencia, como distintos componentes del fallo múltiple de órganos. La fisiopatogenia del mismo es abierta actualmente a grandes discusiones y no ha sido aún dilucidada en forma definitiva ⁷⁴.

El fallo de los distintos órganos y sistemas necesitará de la adecuada terapia de sostén para cada circunstancia en particular, de la instauración de medidas terapéuticas para prevenir ulteriores complicaciones y del imprescindible soporte nutricional. Sin embargo, el único tratamiento causal de la sepsis lo constituye la erradicación urgente del foco séptico.

RESPUESTA METABÓLICA A LA SEPSIS

La sepsis constituye un estado hipercatabólico en el cual el metabolismo se modifica y adquiere características particulares que se evidencian claramente en el paciente con peritonitis. En primer lugar está suprimido el aporte exógeno de nutrientes, hecho que puede llevar inclusive algún tiempo de evolución en el momento de recibir atención médica, razón por la cual, las reservas de glucógeno pueden haberse agotado. Por otra parte, hasta un 30% de los pacientes ingresados a un Servicio de Cirugía en un país como Noruega, están desnutridos¹¹².

En los estados sépticos severos, el índice metabólico aumenta entre un 25 y un 40%, y las alteraciones metabólicas producidas durante los mismos determinan intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina. Las vías normales para la obtención de energía se ven así interferidas, resultando en la utilización de grandes cantidades de proteínas, principalmente musculares, para cubrir las necesidades calóricas. Esto se traduce por balance nitrogenado negativo, pérdida de peso y deterioro del estado general¹⁰.

Como decíamos anteriormente, en estos casos existe resistencia a la acción periférica de la insulina, más marcada para el músculo estriado que para el tejido graso. El hiperinsulinismo es un hallazgo común, y se cree que debido a la inhibición de la lipólisis, ocasionada por la insulina en el tejido adiposo y a la dificultad para utilizar la glucosa por parte de los tejidos, el músculo esquelético provee aminoácidos que se utilizarán como sustrato energético. De estos aminoácidos, la alanina estimula la liberación de glucagón, que junto

a la adrenalina aumentan los niveles de AMPc en el hepatocito y estimula la neoglucogénesis en el hígado a partir de restos de aminoácidos musculares. Más aún, el aumento de la glucemia estimula la liberación de insulina que inhibe más la lipólisis, potenciándose así el catabolismo protéico.

Los corticoides suprarrenales actúan como facilitadores de la acción del resto de las hormonas que dirigen el metabolismo. A pesar del hiperinsulinismo, el índice insulina/glucagón se halla disminuido, y según Dahm¹⁹, el aumento del glucagón sérico se relaciona con mayor intolerancia a los glúcidos y peor pronóstico.

De esta forma se considera que la respuesta catabólica que se produce durante la sepsis se debe: 1º) a la resistencia periférica a la acción anabólica de la insulina; 2º) al aumento de los niveles circulantes de glucagón, corticosteroides y catecolaminas, todas ellas hormonas catabólicas; 3º) a efectos indefinidos de las toxinas bacterianas, y 4º) a la estimulación o liberación de proteasas. Es probable que todos estos factores en combinación sean los responsables del hipercatabolismo¹²⁵.

Existe relación directa entre la malnutrición y las alteraciones del sistema inmunológico¹⁰ y la malnutrición y la mortalidad en pacientes operados por procesos infecciosos intraabdominales²¹.

El tratamiento del paciente afecto de peritonitis con nutrición parenteral, permitirá al cirujano el mantenimiento del estado nutricional y de muchos de los mecanismos de defensa del enfermo en apoyo al tratamiento quirúrgico.

CAPITULO V

ANALISIS BACTERIOLOGICO SECUENCIAL EN PERITONITIS EXPERIMENTAL

En 1863, Von Recklinghausen¹²² llamó la atención sobre la especial relación existente entre el sistema linfático y la cavidad peritoneal. Años más tarde y ya en el siglo actual, Allen⁴ y más recientemente Leak y Just⁶¹ y Tsilibary y Wissig¹¹⁸, hicieron importantes contribuciones con respecto a la fisiología, histología y ultraestructura de esta serosa, fundamentalmente a nivel del peritoneo subdiafragmático.

No obstante y aunque en el momento actual es aceptado que el sistema estoma-lacunae-conducto torácico representa el principal mecanismo de "clearance" de bacterias y la primera línea de defensa de la cavidad peritoneal frente a la presencia de gérmenes en la misma, muchos aspectos íntimos relacionados con la eliminación de las bacterias no han sido todavía totalmente precisados. Por este motivo, en el presente trabajo, decidimos estudiar en el perro, las vías de diseminación de los microorganismos, el ritmo en que la misma se produce y el tipo de bacterias que se aíslan en la linfa y la sangre tras la inducción de una peritonitis bacteriana experimental.

Material y método

Se utilizaron 14 perros sanos, de ambos sexos, mestizos, con un peso comprendido entre 14 y 18 kg cada uno. Los animales fueron divididos en 2 grupos de 7 cada uno; el 1º constituyó el grupo testigo y al 2º lote se le practicó una peritonitis fecal experimental.

A todos los animales se les realizó alguno de los siguientes procedimientos. Previo ayuno de 24 hs, todos los perros fueron anestesiados con pentobarbital sódico endovenoso e intubados. Bajo condiciones de estricta esterilidad y a través de una incisión mediana cervical, el conducto torácico fue identificado y canulado cerca de su desembocadura, en el confluente yugulosubclavio izquierdo³⁹. Realizada la cervicotomía, se seccionaron los músculos infrahioideos para facilitar el aislamiento de la arteria carótida primitiva izquierda, cuya disección roma en sentido proximal permitió iden-

tificar el conducto torácico adosado a la cara interna del músculo esternocleidomastoideo. Una vez aislado y ligado antes de su desembocadura en el sistema venoso, se creó una pequeña tracción por medio de un punto realizado con aguja cardiovascular 6-0, para poder hacer con una tijera delicada un pequeño hojal e introducir un catéter K 33 siliconado, unos 2 cm, el que fue fijado con una ligadura. Establecido el flujo linfático por simple gravedad, el catéter fue exteriorizado por contraabertura y los músculos y la piel suturadas.

Para poder obtener las muestras de sangre, se canalizó la vena femoral izquierda con un catéter K 30 siliconado, mantenido permeable con un goteo de solución fisiológica a un ritmo de 0,3 lt/hora.

Mediante una pequeña incisión abdominal mediana, se localizó el ciego y se practicó una incisión en una extensión de 5 cm. Previa hemostasia de la herida, se cerró la laparotomía en un plano, con puntos separados y la piel con sutura continua. Las muestras de sangre y linfa, fueron obtenidas de acuerdo al siguiente esquema: basal previo a la laparotomía en los perros con peritonitis (muestra 0), a los 15-30 y 60 minutos (muestras 1 - 2 y 3) y a las 2 - 6 y 12 horas (muestras 4 - 5 y 6), lo que conforma un total de 7 muestras de sangre y un número igual de linfa. Las mismas fueron inmediatamente sembradas en tubos de ensayo con medio de cultivo, en condiciones aerobias y anaerobias.

A las 12 hs de iniciado el experimento y antes de sacrificar los animales, por laparotomía se obtuvieron muestras de contenido peritoneal para el cultivo de bacterias en medio aerobio y anaerobio y material para estudio histopatológico de peritoneo, hígado, riñón, páncreas y bazo. En relación al cultivo, el mismo se realizó inicialmente en medio líquido, utilizando caldo tioglicolato suplementado el cual permitió el aislamiento, tanto de bacterias aerobias como anaerobias. Los subcultivos posteriores, para microorganismos aerobios, se efectuaron en agar triptosa soja-sangre y paralelamente en un medio selectivo para estafilococos (agar manitol salado) y uno para ente-

robacterias (MacKonkey). La identificación de estos microorganismos se realizó siguiendo los esquemas propuestos por Lennette y colaboradores⁶⁴. Para la detección de anaerobios, se efectuaron subcultivos en agar Brucella suplementado con vitamina K₁ (10 ug/ml) y 5% de sangre. La identificación se realizó según las pruebas bioquímicas propuestas por Sutter y colaboradores¹¹³.

Para analizar los resultados, se utilizó la prueba estadística de "chi" cuadrado con corrección de Yates. El nivel de significación estadística adoptada para el estudio de las diferencias fue de $p < 0.01$.

Resultados

El número total de cultivos positivos de bacterias en perros con peritonitis, fue mayor y estadísticamente significativo tanto en linfa ($p < 0,0001$) como en sangre ($p < 0,01$) en relación a los testigos (gráficos 2 y 3).

En los perros con peritonitis, el número de especies aisladas fue superior en las muestras de linfa en relación a las de sangre, resultando la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Asimismo, en la linfa de todos los animales de

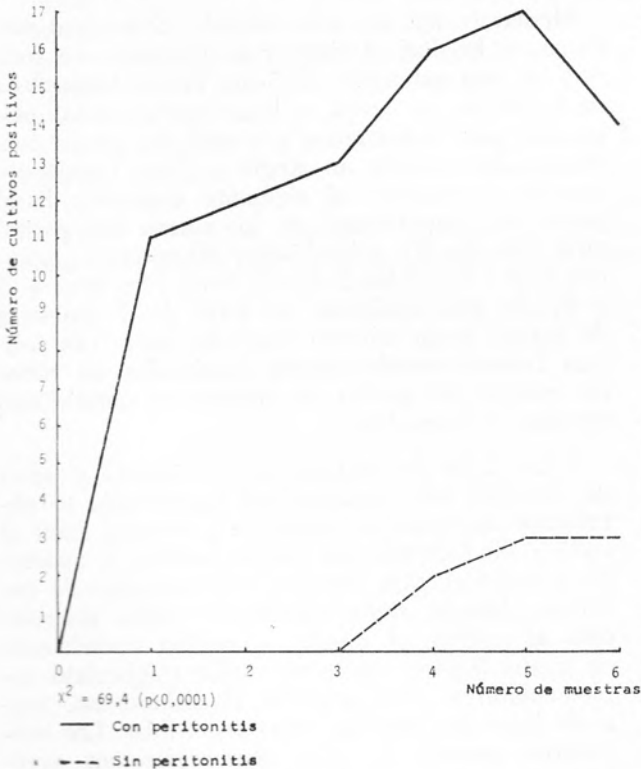


Gráfico 2. — Curva comparativa de los microorganismos aislados de la linfa de perros testigos y con peritonitis.

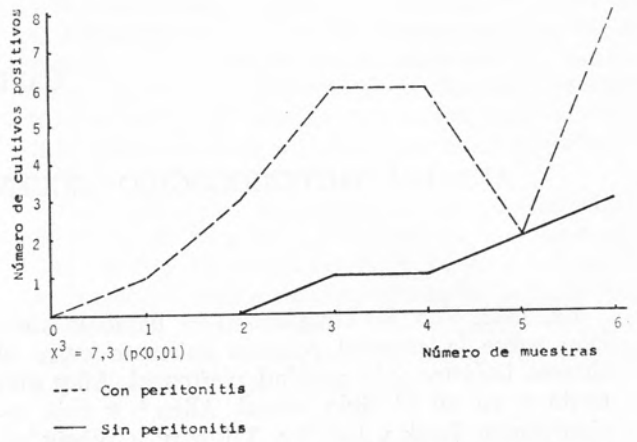


Gráfico 3. — Curva comparativa de los microorganismos aislados en sangre de perros testigos y con peritonitis.

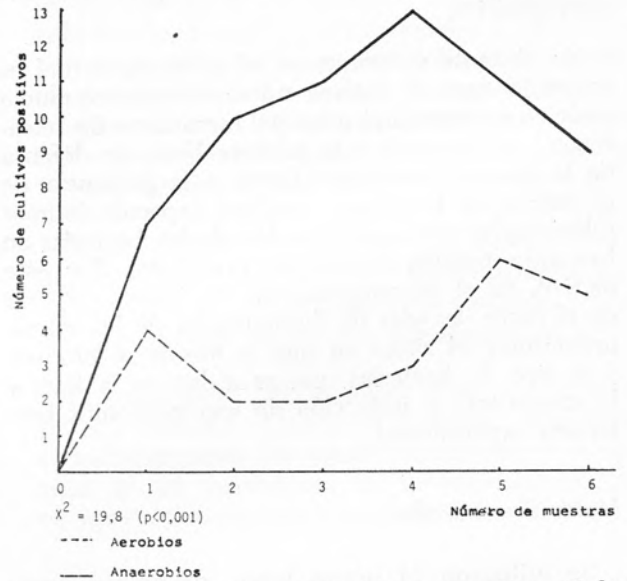


Gráfico 4. — Microorganismos aerobios y anaerobios aislados de linfa en perros con peritonitis.

este grupo se detectó la presencia de bacterias en la primera muestra, es decir, a los 15 minutos, para aumentar progresivamente y la recolección alcanzar un máximo entre 2 y 6 hs de iniciada la experiencia.

Con respecto al tipo de bacterias recuperadas en la linfa, fue marcadamente significativo el número mayor de cultivos positivos de bacterias anaerobias en relación a las aerobias ($p < 0,001$) (gráfico 4), mientras que en sangre, este fenómeno no fue tan evidente ($p > 0,05$) (gráfico 5). Entre las primeras se encontraron Clostridium sp. y Bacteroides sp. y, con mucho menos frecuencia, Peptococos sp. y Peptoestreptococos; y entre las segundas,

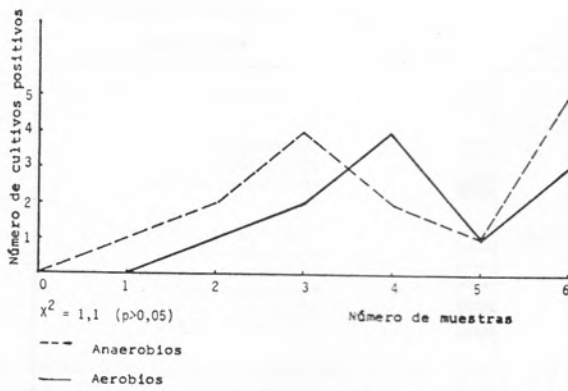


Gráfico 5. — Microorganismos aerobios y anaerobios aislados de sangre en perros con peritonitis.

es decir las aerobias, se aislaron *Escherichia coli*, *Enterobacter cloacae*, *Enterococos sp.* y *Estafilococos coagulasa negativos*. Se recuperó de la sangre en 4 muestras en un solo perro *Campylobacter fetus*, el cual no pudo identificarse en linfa y en el líquido peritoneal del mismo animal.

Las muestras de líquido peritoneal obtenidas de los animales con peritonitis al final de la experiencia, permitieron confirmar, con la salvedad apuntada, los aislamientos bacterianos de la linfa y la sangre (cuadro 3).

CUADRO 3

Microorganismos aislados de líquido peritoneal en perros con peritonitis

Microorganismo	Nº de casos
Anaerobios	13
<i>Bacteroides fragilis</i>	4
<i>Bacteroides melaninogenicus</i>	1
<i>Clostridium</i>	4
<i>Peptococos sp.</i>	2
<i>Peptoestreptococos</i>	2
Bacilos Gram negativos (aerobios)	8
<i>Escherichia coli</i>	6
<i>Enterobacter cloacae</i>	1
<i>Proteus mirabilis</i>	1
Cocos Gram positivos (aerobios)	5
<i>Staphylococcus coagulasa negativos</i>	3
<i>Enterococos</i>	2

Finalmente, el estudio histopatológico del material obtenido, mostró en todos los animales con peritonitis los siguientes hallazgos:

Peritoneo: La cubierta mesotelial muestra estratificación focal, células de tipo reactivo y presencia de infiltrado inflamatorio agudo, con napas de neutrófilos y piocitos. A nivel del tejido submeso-

telial, se observa marcada congestión vascular, con vénulas dilatadas y linfangiectasia. En 2 animales se pudo comprobar, además de los cambios inflamatorios arriba descritos, focos de hemorragia a nivel submesotelial.

Hígado: Arquitectura trabecular conservada, con hepatocitos uniformes, sin necrosis celular aislada, destacándose la marcada congestión y dilatación de los sinusoides y las células de Kupffer prominentes.

Riñón: La estructura de los glomerulos, túbulos, intersticio y vasos de características normales. Se observan a nivel intersticial vénulas dilatadas y grupos de mononucleares. En algunos túbulos se comprobaron cilindros hialinos.

Páncreas: Tanto el páncreas exocrino como endocrino presentaban la arquitectura conservada. A nivel intersticial se demostró, en la periferia vascular, cúmulos de neutrófilos más evidentes en las zonas periféricas, no se observaron zonas de citosteatonecrosis.

Intestino delgado: Pliegues mucosos delgados, con epitelio columnar simple, chapa estriada y células caliciformes intercaladas, destacándose a nivel de la serosa, napas de polimorfonucleares neutrófilos y piocitos con material fibrinoide adherido.

Bazo: Arquitectura general conservada, con folículos de Malpighi, de amplios centros germinativos e intensa congestión de la pulpa roja, con extravasación focal y algunas vénulas dilatadas.

Discusión

La inyección intraperitoneal de partículas de tinta china o de esferas de látex, son rápidamente absorbidas por el sistema linfático por medio de los estomas presentes en el peritoneo subdiafragmático y posteriormente evacuadas por el conducto torácico hacia la sangre. También ha sido demostrado que las proteínas plasmáticas, los cristaloides, los elementos figurados y, fundamentalmente, las bacterias presentes durante una peritonitis infecciosa en la cavidad peritoneal, son eliminadas por un mecanismo similar hacia la circulación general, constituyendo, por lo tanto, el sistema linfático una importante vía de drenaje de la cavidad peritoneal. Más aún, se acepta que ante cualquier tipo de contaminación bacteriana, el sistema linfático representa la primera barrera contra la agresión, eliminando bacterias antes que los otros mecanismos de defensa del huésped inicien la destrucción de gérmenes por medio de la aparición de leucocitos, macrófagos, etc.

En el presente trabajo, se observa claramente que en relación a los animales testigos, una vez desen-

cadena la peritonitis fecal, la presencia de bacterias en la linfa fue muy importante, siendo la diferencia estadísticamente significativa. Este fenómeno es ya manifiesto en la muestra 1 (15 minutos), aumentando el número de cultivos positivos con la progresión de la experiencia, para alcanzar un máximo entre las 2 a 6 horas de producida la peritonitis. El flujo de linfa se mantuvo estable durante toda la experiencia.

Debemos destacar que en la linfa fue mucho mayor el número de cultivos positivos de bacterias anaerobias en relación a las aerobias, mientras que esta diferencia en las muestras de sangre, no fue tan ostensible y no tuvo significación estadística. Si se considera que la flora normal del intestino grueso está compuesta principalmente por bacterias anaerobias, los aislamientos realizados guardan una cierta relación con la misma, y si bien no podemos atribuir a un microorganismo en particular la infección peritoneal, ésta se produciría por el paso a la cavidad de la flora endógena (gráficos 6 y 7).

A pesar de que la recolección de bacterias en sangre fue menos importante que en la linfa, el

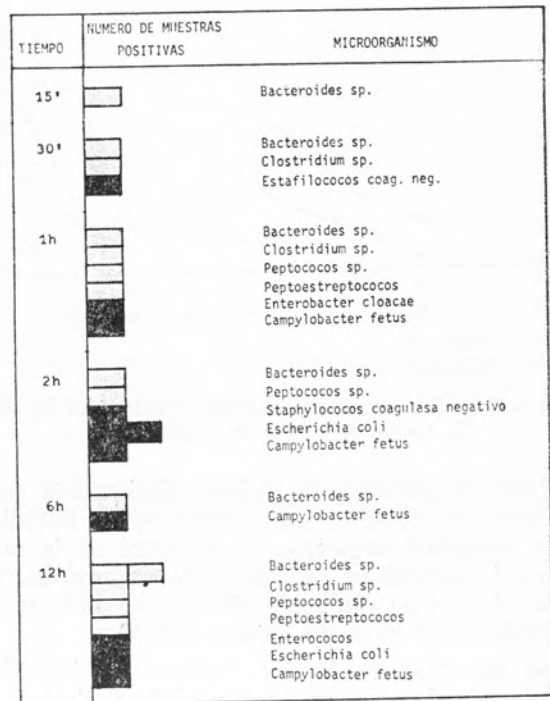


Gráfico 7. — Microorganismos aislados de la sangre en perros con peritonitis.

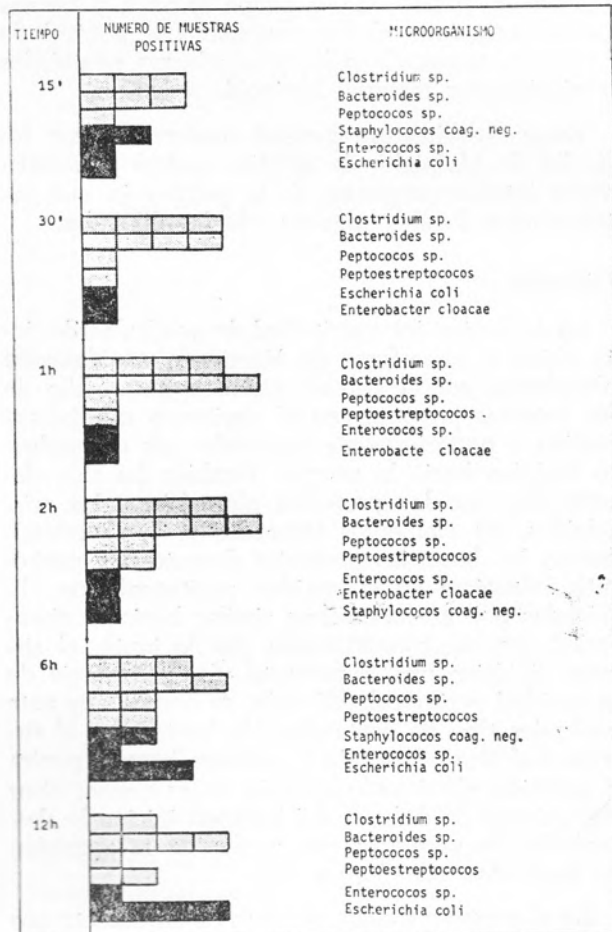


Gráfico 6. — Microorganismos aislados de la linfa en perros con peritonitis.

tener los animales en nuestro modelo experimental una fistula linfática teóricamente total, sugiere que el sistema linfático quizás no sea la única vía por la cual las bacterias son eliminadas de la cavidad peritoneal. No obstante, como lo han demostrado Martín y colaboradores⁷¹ y Vrein y colaboradores¹²³, la existencia en aproximadamente el 50% de los perros, de comunicaciones entre el conducto torácico y la gran vena linfática pueda quizás contribuir a explicar el hecho de que en algunos animales se hallan recuperado bacterias de la sangre. Otra posibilidad probablemente más remota, es que a nivel de los ganglios linfáticos regionales, puedan establecerse cortocircuitos linfovenosos con el consiguiente paso de bacterias.

En este momento estamos tratando de profundizar en el tema con un nuevo modelo experimental que incluye el aislamiento de la circulación linfática a nivel de la gran vena en el confluente yugulosubclavio derecho y el estudio simultáneo del drenaje abdominal a nivel del sistema venoso portal.

Finalmente, resulta más difícil a nuestro entender explicar el mecanismo por el cual encontramos en las últimas muestras de 2 de los 7 animales testigos, cultivos positivos de bacterias anaerobias. Posiblemente en estos casos, no quede otra posibilidad lógica que considerar la translocación, como producto del estrés al que son sometidos los animales durante el experimento.

CAPITULO VI

CLASIFICACION

Un tema tan vasto y complejo como el de las peritonitis resulta difícil de clasificar, de manera que la misma tenga utilidad práctica. En base a conocimientos previos, intentaremos una clasificación etiológica con la intención de que en forma simple sirva al lector para ubicarse en el tema.

Las peritonitis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades de distinta etiología, cuadro clínico, evolución y tratamiento, unidas por un hecho común, la inflamación peritoneal. Si bien este concepto expresa algo por lo demás obvio, se pueden desprender de él conclusiones importantes para facilitar la comprensión de esta patología.

Con un criterio etiológico, el primer hecho que debemos tener en cuenta al clasificar las peritoni-

tis, es si las mismas involucran la participación de gérmenes en calidad y cantidad suficientes como para desarrollar una infección intraabdominal o no. A las primeras las llamaremos peritonitis infecciosas y a las segundas peritonitis no infecciosas. Existen cuadros patológicos en los cuales se presenta una inflamación peritoneal primitivamente no infecciosa, la cual por diferentes mecanismos puede infectarse sin que el ulterior desarrollo bacteriano constituya un hecho fundamental en la patogenia, clínica o diagnóstico de la peritonitis en la primera instancia; por esta razón, el segundo grupo incluye además a las peritonitis primitivamente no infecciosas (cuadro 4). Debemos destacar que una afección o patología puede ocasionar una peritonitis que permanezca no infecciosa en toda su evo-

CUADRO 4

Clasificación de las peritonitis

Peritonitis	Infecciosa	Primaria	Por gérmenes habituales del aparato digestivo	{ <ul style="list-style-type: none"> — Perforación o ruptura de una viscera hueca — Postquirúrgica — Otra causa
		Secundaria		
	No infecciosa y/o primitivamente no infecciosa		{ <ul style="list-style-type: none"> — Biliar — Pancreática — Úlcera duodenal perforada — Cuerpo extraño — Otra causa 	

lución, o una peritonitis primitivamente no infecciosa, que tras un tiempo variable se convierte en infecciosa. Es decir, que las primitivamente no infecciosas son aquellas que presentan en su historia natural posibilidades de convertirse en peritonitis infecciosas; en última instancia, representan un estado teórico por el que pasan las no infecciosas que se infectarán.

Profundizando aún más en el tema, debemos recordar que la producción y el desarrollo de una peritonitis infecciosa necesita en general de la acción concurrente de sustancias adyuvantes, por lo tanto, en un estricto sentido teórico, la mayoría de las peritonitis bacterianas no representan formas infecciosas puras, ya que experimentalmente la introducción intraperitoneal de bacterias no la desarrolla. Sin embargo, y como mencionáramos anteriormente, en las infecciosas la contaminación bacteriana peritoneal es un hecho patogénico esencial.

Creemos que para el grupo de peritonitis infecciosa, desde el punto de vista etiopatogénico, es útil mantener la división clásica en primarias y secundarias. Las primeras son aquellas en las que no se puede precisar un origen abdominal para explicarlas, y las segundas son las que se desarrollan a partir de uno o varios órganos intraabdominales, que por causas variadas permiten el paso de su contenido séptico a la cavidad peritoneal. A estas peritonitis secundarias bacterianas se refieren los médicos al utilizar la palabra "peritonitis" sin más aclaraciones, y las que generalmente se utilizan como ejemplo para explicar el desarrollo de la inflamación y la infección peritoneal.

Si bien existen excepciones, este enfoque ofrece interesantes ventajas para el estudio de las peritonitis infecciosas, debido a que las formas primarias presentan en relación a las secundarias diferencias fundamentales en su patogenia, bacteriología y tratamiento. Se cree que las peritonitis primarias son el resultado de siembras peritoneales hematógenas, del ascenso de gérmenes desde el aparato genital femenino, de diseminación infecciosa por continuidad desde un órgano extraperitoneal o por migración transmural de bacterias intestinales¹⁰². Estas formas de peritonitis frecuentemente se asocian a otras patologías como la cirrosis hepática que cursa con ascitis², al síndrome nefrótico¹¹⁹, al lupus eritematoso sistémico¹⁰², a la artritis reumatoidea¹⁰⁵ entre otras, y en general se aísla de la cavidad peritoneal una sola especie bacteriana, siendo ésta más o menos característica de cada tipo de peritonitis. Por otra parte, bueno es llamar la atención, que en muchos casos el tratamiento "ideal" de estos enfermos es no quirúrgico.

Las peritonitis infecciosas secundarias son en general el resultado de la enfermedad o perforación de una víscera hueca, de un traumatismo abdominal abierto, de una complicación quirúrgica intraabdominal, de lo que se desprende que las causas que la producen son múltiples.

Como hemos apuntado antes, este grupo de peritonitis secundarias es el más importante o mejor dicho las que más interesan al cirujano y a él nos referiremos en forma detallada.

En base a los gérmenes que intervienen en la producción y el desarrollo de las peritonitis secundarias, las podemos separar en 2 grupos. Por un lado, en las que se demuestran gérmenes habitualmente presentes en el aparato digestivo (que representa el foco de origen), y por otro en las que se aíslan bacterias diversas y de distinto origen (aparato genital femenino, piel o vehiculizados por catéteres en procedimientos invasivos). Las etiologías antes mencionadas pueden asimilarse a uno de estos grupos o excepcionalmente en ambos. El conocimiento o la presunción de las bacterias que intervienen en un caso de peritonitis, en base a los antecedentes y los hallazgos clínicos y quirúrgicos, representan un arma de gran valor para el médico tratante, quien se puede adelantar a los estudios bacteriológicos iniciando la terapéutica antimicrobiana sobre bases teóricamente ciertas. Las peritonitis secundarias son casi siempre polimicrobianas y su tratamiento es quirúrgico.

Las peritonitis no infecciosas y las primitivamente no infecciosas incluyen a un grupo muy heterogéneo de afecciones, de ellas, algunas son frecuentes, planteando su manejo problemas habituales en la práctica médica. Incluimos en este grupo a las pancreatitis agudas, las perforaciones duodenales por enfermedad clorhidropéptica, los casos de coleperitoneo con bilis aséptica y, por lo general sin patología de las vías biliares, como ocurre en las bilirragias por traumatismos abdominales, tras la realización de procedimientos invasivos⁹⁶⁻¹¹⁴ (biopsia hepática percutánea). Cada una de estas etiologías puede ser la base de una peritonitis infecciosa y cada una plantea una terapéutica distinta.

Otras enfermedades determinan siempre la inflamación no infecciosa de la serosa peritoneal. Son formas raras e incluimos como ejemplo, a las peritonitis por talco (guantes quirúrgicos), las reacciones inflamatorias por drogas, la fiebre mediterránea familiar.

Un comentario especial debemos hacer de la presencia de sangre en la cavidad abdominal, pues determina la aparición de síntomas superponibles a los de la peritonitis infecciosa, es decir, dolor

abdominal espontáneo y a la descompresión e íleo. Sin embargo, los glóbulos rojos enteros no producen una peritonitis química o aséptica en la medida que lo hacen el contenido gástrico, el jugo pancreático, la bilis o la orina estéril y eventualmente se absorben por los estomas subdiafragmáticos. Pero la hemoglobina y el ion ferroso representan factores eduyvantes destacables para el desarrollo de las bacterias⁴⁴⁻⁸²⁻¹⁰⁹, y de aquí su importancia en la etiopatogenia de las peritonitis. El hemoperitoneo se produce como resultado de variadas patologías, como embarazos ectópicos, roturas de aneurismas de las arterias viscerales¹⁰⁸, traumatismos esplénicos, hepáticos, por procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Mostramos en los cuadros 5 y 6, la etiología de las peritonitis que fueron operadas durante un período de 4 años (1984 a 1987) en el Hospital de Urgencias y en el Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba. La comparación de los resultados muestra en qué

CUADRO 5

Etiología de 460 casos de peritonitis operados en el Hospital de Urgencias de la Ciudad de Córdoba

Etiología	Nº de casos	%
Herida de arma blanca *	127	27,61
Apendicular	99	21,52
Herida de arma de fuego *	97	21,08
Hemoperitoneo	39	8,47
Traumatismo cerrado *	38	8,26
Úlcera gastroduodenal perforada	28	6,08
Pelviperitonitis	18	3,91
Perforación uterina	10	2,17
Infarto de intestino mesentérico	2	0,43
Diverticulitis de colon perforada	1	0,21
Biliar	1	0,21
Total	460	100,00

* Con perforación de víscera hueca.

medida las características de los centros asistenciales y factores culturales, realizan una selección entre los pacientes, lo que resulta en la gran diferencia en las incidencias de algunas de las etiologías, dominando en una serie, las de origen traumático, con un sólo caso de peritonitis biliar y presentándose el fenómeno inverso en la otra serie.

CUADRO 6

Etiología de 280 casos de peritonitis operados en el Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba

Etiología	Nº de casos	%
Apendicular	105	37,50
Hemoperitoneo	64	22,85
Biliar	30	10,71
Pelviperitonitis	24	8,60
Úlcera gastroduodenal perforada	23	8,21
Gangrena uterina	8	2,90
Traumatismo cerrado *	6	2,14
Megacolon vólculo y perforado	6	2,14
Diverticulitis de colon perforada	5	1,78
Infarto de intestino mesentérico	4	1,42
Herida de arma blanca *	1	0,35
Herida de arma de fuego *	1	0,35
Cáncer de colon perforado	1	0,35
Divertículo de Meckel perforado	1	0,35
Peritonitis primaria	1	0,35
Total	280	100,00

* Con perforación de víscera hueca.

Sin embargo, es digno destacar que excluyendo a las heridas y traumatismos, que en una de las series suman más del 50% de todos los casos, las peritonitis son la mayoría de las veces las resultantes de patologías habituales como las apendicitis, las pelviperitonitis, las úlceras perforadas y en una de las experiencias, las biliares, a lo que agregamos los cuadros que cursan con hemoperitoneo.

CAPITULO VII

PERITONITIS EN PACIENTES CON CARACTERISTICAS ESPECIALES

EN EDADES EXTREMAS

Durante la niñez y la senectud las peritonitis representan problemas frecuentes y pueden ofrecer, en lo que respecta a su etiología, patogenia o cuadro clínico, características propias de estos grupos etarios.

En el niño

El análisis minucioso de las peritonitis en los niños escapa a los alcances de este relato, simplemente apuntaremos aquí algunos elementos que consideramos de interés para el cirujano general.

En estos pacientes, como en los adultos, las peritonitis infecciosas son divididas en primarias y secundarias. Estas últimas, son el resultado de distintas patologías como apendicitis, invaginación, vólvulo, hernias o perforación del divertículo de Meckel. También pueden presentarse como complicación de una enterocolitis necrotizante o de un íleo meconial⁴⁹⁻¹¹⁹.

La incidencia de la peritonitis primaria en los niños ha disminuido, pese a lo cual se observa con cierta frecuencia en pacientes con síndrome nefrótico o en niños por lo demás sanos. Los gérmenes habitualmente considerados responsables de la contaminación peritoneal son el neumococo y el estreptococo del grupo A, sin embargo el aislamiento de gérmenes Gram negativos es cada vez más frecuente y el hallazgo de una sola especie bacteriana en el aspirado peritoneal es la regla¹³⁰. La instauración del cuadro clínico puede ser insidiosa con la aparición de síntomas vagos o agudos, confundiendo generalmente con los de apendicitis. Siempre hay fiebre, dolor abdominal y vómitos, y es frecuente la diarrea. Los estudios radiográficos son inespecíficos y es habitual la leucocitosis con neutrofilia.

El tratamiento de la casi totalidad de estos pacientes es quirúrgico, ya que la posibilidad de que la infección se deba a una patología que necesita

de la intervención, es un hecho frecuente y, por otro lado, el riesgo de una laparotomía negativa aun en presencia de peritonitis primaria, es pequeño⁹⁹, por lo que extremar los recursos para diferenciar una peritonitis primaria de una secundaria no es en realidad útil, salvo en algunos casos especiales en que el diagnóstico se debe confirmar por el análisis del líquido peritoneal. La presencia exclusiva de cocos Gram positivos en el mismo, sostiene el diagnóstico, la demostración de bacterias Gram negativas hace imposible descartar la existencia de una lesión que obligue a la operación. Sin embargo, se han descrito peritonitis con aislamiento de neumococos de la cavidad secundaria a apendicitis aguda⁴¹. De acuerdo con Condon y Malangoni^{cit. 99} y Fowler³¹, en los pacientes con peritonitis primaria que se operan, la apendicectomía no aumenta la morbimortalidad y en los casos con diagnóstico de apendicitis operados con incisión de McBurney, la extirpación debe realizarse siempre.

Los únicos casos en los que se justifica realizar la punción abdominal para certificar el diagnóstico de peritonitis primaria e instituir el tratamiento médico adecuado, son en los niños afectados de síndrome nefrótico o cirrosis con ascitis, en quienes la laparotomía innecesaria representa un gran riesgo que se debe evitar¹¹⁹.

En el viejo

Faraoni²⁸, en el Relato Oficial del LII Congreso Argentino de Cirugía, realiza un análisis de las distintas etiologías y características de las patologías que determinan el cuadro de abdomen agudo en el anciano. Entre éstas, muchas pueden resultar en el desarrollo de peritonitis y al momento del diagnóstico en la serie citada, la infección peritoneal complicaba el 20,7% de los enfermos. Entre estos pacientes mayores de 65 años la peritonitis se debió, en el 32,4% a apendicitis aguda, el 18,8% a úlcera gastroduodenal perforada, el

11,9% a la patología biliar, el 12% a divertículos colónicos complicados y el 10,9% a pancreatitis aguda. Entre las características clínicas citadas, resaltamos la ausencia de pródromos en las enfermedades que habitualmente las presentan, la tolerancia al dolor, la contractura abdominal poco intensa y el signo del dolor de rebote poco ostensible. A veces, las paredes musculares laxas y las asas intestinales dilatadas, orientan hacia el diagnóstico incorrecto de cuadros oclusivos o suboclusivos¹⁰⁴.

La edad avanzada constituye un factor que aumenta la mortalidad²¹⁻⁵⁵, estos pacientes quizás presenten patologías asociadas que comprometan su capacidad de sobrellevar la agresión que significa la peritonitis.

EN PACIENTES CON ENFERMEDADES GRAVES ASOCIADAS

Se incluyen aquí los casos de peritonitis que se producen en pacientes portadores de otras enfermedades crónicas y generalmente graves, las cuales de alguna forma favorecen su aparición. La peritonitis que se desarrolla en estas condiciones, también denominada peritonitis bacteriana espontánea, es básicamente primaria, es decir, sin evidencia de extensión de la infección desde un órgano abdominal. En numerosos textos, el estudio de estos pacientes se incluye entre las peritonitis primarias, junto a los casos que se producen en forma espontánea en niños sin asociación a otra patología crónica, razón por la cual nosotros creemos que estas últimas deben ser incluidas en un grupo aparte.

Las patologías que más frecuentemente se presentan asociadas a este tipo de peritonitis son: la cirrosis que cursa con ascitis, el síndrome nefrótico, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoidea a la que agregaremos las peritonitis que se producen como consecuencia de la diálisis peritoneal, que si bien responden a un mecanismo etiopatogénico distinto, creemos conveniente incluirlas aquí.

En los cirróticos

En los pacientes con cirrosis hepática y ascitis, la frecuencia de peritonitis varía entre el 8 y el 22% y es mayor entre los que presentan encefalopatía. En la gran mayoría de los casos, cerca del 90% de los gérmenes involucrados en su producción son de origen intestinal, bastones Gram negativos o anaerobios y en ocasiones *Candida albicans*. En estos pacientes, los mecanismos aceptados como responsables de la contaminación peri-

toneal son la migración transmural o la siembra sanguínea a partir de bacteriemias portales que evitan el filtro hepático, siempre y cuando no sea posible aislar los gérmenes del aparato respiratorio o urinario, casos en los que es imposible descartar la vía hematológica a partir de los mismos. Los cultivos que se obtienen del líquido ascítico ofrecen una flora monomicrobiana en alrededor del 80% de los casos y el germen más frecuentemente aislado es la *Escherichia coli*²⁻⁹².

La peritonitis en estos casos puede ser difícil de sospechar por la escasez e inespecificidad de los síntomas y signos que se presentan en la mayoría de los pacientes. Así por ejemplo, observamos fiebre o leucocitosis inexplicadas, molestias abdominales vagas, vómitos y pérdida de peso; datos que son relativamente frecuentes de recoger en pacientes cirróticos con ascitis y sin peritonitis. Entre los factores que se consideran predisponentes se citan la encefalopatía, la hemorragia digestiva o el uso reiterado de la vía parenteral.

Los parámetros bioquímicos para el estudio de la función hepática no son de utilidad para el diagnóstico de la peritonitis en los cirróticos, y el mismo se basa fundamentalmente en la sospecha clínica y en el análisis del líquido peritoneal. En el líquido ascítico de estos pacientes pueden demostrarse bacterias, aumento del número de glóbulos blancos o de polimorfonucleares y disminución del pH. Así, los valores promedios en un estudio reciente², fueron de 240 ± 52 glóbulos blancos/mm³ en enfermos sin peritonitis y 5.300 ± 1.500 en enfermos con peritonitis. Los polimorfonucleares variaron de 140 ± 50 /mm³ a 4.400 ± 1.400 /mm³ y el pH descendió de $7,44 \pm 0,01$ en los pacientes controles a $7,29 \pm 0,03$.

Si existe certeza diagnóstica, el tratamiento de estos pacientes es esencialmente médico, con antibiocioterapia y medidas de sostén, siendo el pronóstico siempre sombrío.

Asociada a otras patologías

Las peritonitis espontáneas asociadas al resto de las patologías que mencionamos previamente, representan formas esporádicas. En niños con síndrome nefrótico, la infección intraperitoneal aparece durante la fase activa y se cree que la ascitis, aun subclínica, constituye un elemento patogénico esencial unido a las alteraciones inmunológicas. En los enfermos con lupus eritematoso o sistémico pueden desarrollarse tanto peritonitis no infecciosas como infecciosas primarias. Estas últimas son monobacterianas y se deben generalmente

a cocos Gram positivos. Se han informado pocos casos de peritonitis asociada a artritis reumatoide¹⁰⁵. Estos pacientes deben ser tratados en forma conservadora si sólo se obtienen bacterias Gram positivas del líquido peritoneal.

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una perihepatitis gonocócica secundaria a un foco infeccioso genital. Este cuadro es casi exclusivo de las mujeres y se cree producido por el ascenso de gérmenes a través de la cavidad peritoneal. El cuadro clínico puede simular una colecistitis aguda y el diagnóstico se basa en el aislamiento del gonococo de las secreciones cervicales o del líquido peritoneal o por laparoscopia. El tratamiento también es médico⁵⁷.

Asociada a diálisis peritoneal

Las propiedades peritoneales de absorción e intercambio de líquidos y electrolitos entre la cavidad abdominal y el resto del organismo, son utilizados en el tratamiento de algunos casos de insuficiencia renal mediante la diálisis peritoneal.

El catéter introducido en la cavidad peritoneal para la realización de la diálisis, puede determinar peritonitis por variados mecanismos. A la perforación intestinal de magnitud variable debemos agregar la contaminación peritoneal a partir de la piel. La incidencia para cada diálisis es del 0,3 al 0,7%¹³⁰. El principal signo que orientará hacia el diagnóstico de peritonitis en estos casos es la turbidez del líquido de diálisis, pudiendo estar ausentes los signos abdominales habituales de inflamación peritoneal. En este último grupo, por otra parte el más frecuente, el tratamiento consiste en la antibioticoterapia por vía sistémica y la continuación de la diálisis con antibiótico y heparina.

POSTOPERATORIA

Entre las peritonitis, las postoperatorias constituyen un grupo especial, por sus características propias y los numerosos problemas diagnósticos y terapéuticos que plantean⁴⁰⁻⁶⁵.

A pesar de los progresos de los medios actuales sostén pre y postoperatorio y del desarrollo de nuevas drogas antimicrobianas, la mortalidad de los pacientes con peritonitis postoperatorias sigue siendo inadmisiblemente alta, es decir, alrededor del 50 al 60%¹³⁻⁴⁰. Su frecuencia varía entre el 1,2 y el 2,4%, tomando en cuenta todas las operaciones abdominales en las que se realice una anastomosis o sutura intestinal, y asciende al 2,8 - 3% excluyendo

las apendicectomías. Se presentan en todas las edades y la máxima incidencia se observa entre los 50 y 70 años⁴⁰⁻⁶⁵.

Desde un punto de vista etiopatogénico, la contaminación peritoneal y el desarrollo de la peritonitis es, en la gran mayoría de los casos, el resultado de la fuga anastomótica, con el consiguiente paso del contenido intestinal a la cavidad abdominal. Otras causas mucho menos frecuentes, pero a tener en cuenta, son el hematoma infectado, la úlcera perforada, la enterocolitis necrotizante y la colecistitis, pancreatitis o apendicitis aguda postoperatoria. La fuga anastomótica es la consecuencia de la combinación de condiciones mecánicas, como la distancia excesiva entre los puntos o agrafes y fundamentalmente de factores isquémicos relacionados con la utilización de un segmento mal vascularizado, con microtraumatismos producidos con el instrumental o la tensión exagerada de las suturas.

La fuga anastomótica tras operaciones en el aparato digestivo es frecuente y varía entre el 25 y el 50% cuando se la pesquisa en forma cuidadosa, sin embargo, solamente entre el 1 y el 3% de estos pacientes presentarán síntomas clínicos debidos a la misma³⁶. De esto se desprende que los mecanismos de protección del huésped pueden, en la mayoría de los casos, resolver en forma adecuada las filtraciones que se producen a través de las anastomosis. Condiciones locales como la hipoxia, la presencia de tejidos desvitalizados, sangre, comprometen las posibilidades del enfermo, así como factores generales tales como la inadecuada función leucocitaria, alteraciones del estado inmunológico y de la nutrición⁹¹. Cuando el organismo no es capaz de sellar la anastomosis o localizar la pérdida a un sector de la cavidad, la generalización de la infección ocasiona el desarrollo de una peritonitis postoperatoria, determinando las respuestas locales y sistémicas a las que nos hemos referido previamente.

Existe consenso que la adecuada profilaxis antibiótica disminuye la frecuencia de complicaciones infecciosas tras las operaciones realizadas sobre el tracto gastrointestinal. Sin embargo, el uso indiscriminado y superfluo de antimicrobianos, determinará modificaciones en la flora del tubo digestivo, lo que puede derivar en grandes dificultades terapéuticas en caso de producirse una peritonitis postoperatoria³⁷. En función de la anastomosis responsable de ésta y siguiendo la encuesta multicéntrica de la Asociación Francesa de Cirugía de 1981 sobre un total de 32.660 cirugías sobre el aparato digestivo, la incidencia de fallo anastomótico fue la siguiente: esófago-yeyunal (5,6%), ileo-rec-

tal (5,2%), íleo-cólico (4,2%) y colo-cólico (2,5%)⁴⁰. Debemos destacar, que la introducción de las suturas mecánicas, en contra de las expectativas teóricas, no ha variado en términos generales la incidencia de fístulas digestivas.

Una vez más, las bacterias presentes en la porción correspondiente del tubo digestivo, serán las aisladas de la cavidad peritoneal con las modificaciones producidas en la flora por la patología, el neofisiologismo quirúrgico y el uso de antibióticos durante la cirugía previa. El diagnóstico se ve dificultado por la ausencia de síntomas y signos propios o característicos que certifiquen el mismo en un lapso lo suficientemente breve para que el tratamiento a instituir sea de utilidad. Los síntomas que ocasiona son vagos e imprecisos, confundándose en muchos casos con las molestias que presentan habitualmente los pacientes en el postoperatorio de una cirugía abdominal, como dolor, íleo, vómitos y fiebre, a lo que se suma la medicación con analgésicos y antibióticos. De esta forma, en el curso del postoperatorio la observación cuidadosa y repetida del enfermo, la interpretación correcta de los síntomas y los signos abdominales y generales, de los análisis de laboratorio y demás métodos complementarios de diagnóstico, son de importancia capital para evidenciar el desarrollo de una peritonitis postoperatoria. Únicamente la sospecha de su existencia resultará en el diagnóstico de la misma y de esta forma cobra importancia el control de la evolución de los síntomas presentes, que pueden ser escasos, y no la espera de la instalación de un cuadro abdominal de peritonitis que puede no ocurrir y que determinará probablemente el fallecimiento del enfermo.

Dividimos para su estudio los síntomas y signos en abdominales y generales. Entre los primeros consideramos las infecciones parietales o las evisceraciones, que pueden ocurrir en forma independiente o no del desarrollo de esta enfermedad, pero de presentarse deberán alertar sobre la posibilidad de la misma. Asimismo, la exteriorización de líquido purulento o de aspecto intestinal por los tubos de drenaje, presente en alrededor del 50% de los casos, puede ser un signo de gran valor diagnóstico. Bueno es destacar que la ausencia de estas secreciones no descarta una peritonitis postoperatoria.

El dolor abdominal está presente en la gran mayoría de los casos, aunque semiológicamente es variable. Es de valor y orientará al diagnóstico cuando aumenta de intensidad o cuando se observan cambios en las características del dolor postoperatorio habitual. La defensa abdominal se presenta en un tercio de los pacientes, mientras que el clá-

sico "vientre en tabla" es de aparición excepcional. Ambos signos son difíciles de precisar en el abdomen recién operado y fundamentalmente de observación tardía, alrededor del 5º al 6º día del postoperatorio, por lo que su real valor diagnóstico es relativo.

El meteorismo abdominal se encuentra en la mitad de los casos aproximadamente; es también un signo tardío y siguiendo a Parc⁸⁵ resumimos su valor semiológico diciendo que en 2 de cada 3 enfermos el vientre permanece blando, en 1 de cada 2 se encuentra meteorismo, y en 1 de cada 10 es plano e indoloro. Dos signos a nuestro criterio importantes y cuya presencia debe alertar sobre el posible desarrollo de una peritonitis postoperatoria son: el vómito o la aspiración nasogástrica abundante (1,5 a 2 lt diarios) y las diarreas acuosas. Los signos y síntomas generales se caracterizan por ser precoces con respecto a sus homónimos abdominales y de presentación polimorfa, simulando en muchas ocasiones, complicaciones de orden médica. Además, los mismos constituyen parámetros de valor pronóstico o factores de gravedad cuyo número va a influir directamente en la morbimortalidad de estos pacientes. De todos ellos, la infección ocupa la primera línea con sus manifestaciones clínicas y biológicas. Entre las primeras, la fiebre, superior a 38,5°C, aparece a menudo precozmente entre el 1º y el 3º día del postoperatorio, al igual que los escalofríos y la clásica clínica del "shock" séptico. Entre las biológicas, la leucocitosis es muy frecuente, mientras que los hemocultivos cuando son positivos certifican el grave diagnóstico de septicemia, ya que la mortalidad en estos casos es superior al 80%.

El resto de las manifestaciones extraabdominales involucra la insuficiencia o el fallo de uno o varios órganos o sistemas. Así podemos detectar, de manera aislada, simultánea o consecutiva y en grado variable, colapso circulatorio, insuficiencia respiratoria y renal aguda, hemorragia digestiva alta, fallo hepático e ictericia y alteraciones neuropsiquiátricas y de la coagulación.

Toda esta vasta sintomatología abdominal y extraabdominal unidas a la información proporcionada por los diversos métodos auxiliares de diagnóstico (a los que nos referiremos en el capítulo siguiente), van a brindar al cirujano y al internista los datos para llegar a un diagnóstico correcto y precoz. Sin embargo, gran parte de estos pacientes graves plantean muchos interrogantes y dudas, fundamentalmente si se debe continuar con el tratamiento médico o si se impone la reintervención quirúrgica. Así, autores como Parc⁸⁴ y Germain⁸⁵ han preconizado respectivamente el uso de criterios

de temporización quirúrgica y de reintervención inmediata. Entre los primeros citamos la ausencia de fallas sistémicas y de signos abdominales difusos, el tránsito intestinal conservado o restablecido, las manifestaciones clínicas en regresión y un laboratorio estacionario. Entre los segundos o de reintervención, encontramos la presencia de signos generales de gravedad, de manifestaciones locales peritoníticas-oclusivas y de valores elevados y sostenidos de urea y glóbulos blancos. Es de destacar que la observación de sólo uno de estos últimos criterios puede decidir la reintervención, en tanto que es necesaria la reunión de todos los criterios de temporización para permitirse la abstención momentánea de la cirugía hasta una nueva evaluación clínica-biológica, que en algunos casos deberá ser continua.

Una vez confirmada la peritonitis postoperatoria, el tratamiento quirúrgico, unido a una reanimación intensiva, es el único que ofrece reales posibilidades de curación.

DE ORIGEN TRAUMÁTICO

Debido a que continúan aumentando los índices de accidentes y de personas heridas, fundamentalmente relacionados con el uso de automóviles y motocicletas, producto de la violencia urbana, con lesiones de arma blanca o de fuego, se plantea en forma cada vez más frecuente en la vida civil, el manejo de un tipo de paciente gravemente enfermo, con múltiples lesiones que pueden abarcar distintos sistemas con politraumatismos, insuficiencia de órganos o depresión de la conciencia, antiguamente reservadas al ámbito de la medicina militar. El tratamiento de estos enfermos se desarrolló principalmente durante los grandes conflictos bélicos de la segunda mitad de este siglo.

En estos pacientes pueden ocurrir lesiones de los órganos abdominales por traumatismos abiertos o cerrados y por heridas de armas. Cualquier víscera puede ser lesionada (bazo, colon, hígado, estómago, riñón, páncreas) y el paso de sangre, contenido entérico, materia fecal u orina a la cavidad, determinarán la inflamación y quizás una infección peritoneal, siendo la etiología de las mismas única o múltiple según el número de órganos lesionados. Si el sector intestinal comprometido es

altamente séptico (íleon terminal, colon) se desarrollará una peritonitis infecciosa, si se lesionan órganos cuyo contenido es estéril se producirá una peritonitis no infecciosa por la irritación química resultante del derrame en la cavidad de bilis, jugo pancreático, contenido gástrico, orina. Sin embargo, con el paso de las horas de no resolverse adecuadamente el problema, la contaminación es la regla.

Muchas veces los pacientes con injurias abdominales traumáticas presentan lesiones en otras partes del cuerpo (colapso cardiovascular, insuficiencia ventilatoria), que deberán controlarse previo a la realización de cualquier otro procedimiento. Queremos significar con esto que las agresiones de los órganos intraabdominales, consideradas como causas de peritonitis, deben ser evaluadas una vez que el paciente ya esté siendo compensado.

En estos pacientes la depresión de la conciencia y los traumatismos asociados, torácicos o pelvianos, pueden hacer muy difícil el diagnóstico de una lesión intraabdominal que debe ser quirúrgicamente reparada; en estos casos hay acuerdo en que está indicada la realización del lavado peritoneal para confirmar la presencia de la misma. Los criterios utilizados por Bagwell y Ferguson⁷, modificados de Rothenberger⁹⁵ como positivos fueron: a) aspiración de sangre de más de 10 ml, b) aspiración de líquido de lavado macroscópicamente sanguinolento, c) salida del líquido de lavado por la sonda vesical o por un tubo de drenaje pleural, d) recuento de glóbulos rojos en el líquido de lavado de más de 100.000/mm³. Sin embargo, no se debe confiar excesivamente en esta técnica que puede arrojar resultados falsos negativos, como por ejemplo, en algunos casos de lesiones retroperitoneales⁹⁷. También se utilizan para evaluar las injurias traumáticas en estos enfermos la arteriografía y el "scanning" con radionucleótidos⁷.

El tratamiento de la peritonitis resultante de las lesiones intraabdominales traumáticas, no difiere en sus lineamientos del que se debe realizar para el resto de las peritonitis. Una amplia laparotomía seguida de una minuciosa semiología del abdomen, la extirpación o exteriorización de los focos sépticos, el lavaje abundante de la cavidad peritoneal y la colocación de drenajes de ser necesario, son los principios básicos del tratamiento.

CAPITULO VIII

CLINICA Y DIAGNOSTICO

Nos referiremos aquí al cuadro clínico y al diagnóstico de las peritonitis infecciosas secundarias y primitivamente no infecciosas. En general, estas peritonitis evolucionan en el término de horas y los síntomas y signos comunes a toda inflamación peritoneal aguda variarán en base a la etiología, sector y extensión del peritoneo afectado y al tiempo de evolución. La terapéutica y distintos factores generales, entre otros la inmunosupresión y enfermedades asociadas, pueden modificar los mismos y dificultar el diagnóstico.

A pesar del desarrollo y complejidad alcanzados por los medios auxiliares de diagnóstico en patología quirúrgica, el interrogatorio y el examen físico no han sido sustituidos por ningún método alternativo y constituyen el pilar principal del que se vale el cirujano para llegar al diagnóstico de peritonitis. A éstos debemos agregar algunos análisis simples de laboratorio y estudios radiográficos sencillos, siendo en pocas ocasiones necesario el requerimiento de métodos complejos.

Las distintas etiologías de las peritonitis a las que nos referimos en este capítulo, pueden resumirse o ejemplificarse por 2 modelos básicos de contaminación de la cavidad peritoneal: la perforación de una víscera hueca y la progresión de la inflamación desde un órgano abdominal (o por la combinación de ambos). En el primer modelo, cuyo ejemplo clásico es la perforación de una úlcera péptica, la rápida diseminación del contenido intestinal por todo el abdomen sin que los mecanismos de defensa del huésped puedan ser de utilidad para evitarla, ocasionará la inflamación de la mayor parte de la serosa peritoneal, constituyendo una peritonitis generalizada. El ejemplo típico del segundo modelo es la peritonitis apendicular. En este caso, el organismo dispone de tiempo para intentar localizar o bloquear la inflamación a un sector del abdomen, determinando una peritonitis localizada. De no mediar tratamiento, y si el enfermo logra limitar la evolución de la peritonitis, el foco infeccioso bloqueado por el epiplón, unas intestinales y abundante cantidad de fibrina, cons-

tituye un tumor inflamatorio que es posible palpar a través de la pared abdominal (plastrón). Sin embargo, esto no siempre ocurre y cualquier etiología puede provocar una peritonitis generalizada.

Cuando cantidades variables de pus son aisladas en la cavidad por el huésped a partir de una peritonitis previa, generalizada o localizada, se constituye un absceso y el mismo representa la imposibilidad del organismo para eliminar totalmente la infección. Los abscesos abdominales son una forma de peritonitis; sin embargo, son tantas sus diferencias con las peritonitis supurativas de instauración más o menos aguda a las que hemos hecho mención previamente, que los abscesos representan un problema clínico completamente distinto, a los cuales no nos referiremos en este relato.

CUADRO CLÍNICO

El principal síntoma que ocasiona la inflamación peritoneal es el dolor abdominal. La semiografía del mismo, si es realizada en forma adecuada, puede ofrecer una gran información para el diagnóstico de peritonitis. Es importante precisar la localización e irradiación, su duración, los factores que lo agravan y atenúan, la intensidad y el tipo de dolor, fundamentalmente si es cólico, continuo o intermitente. El dolor de gran intensidad es fácil de evidenciar, mientras que el de intensidad leve o moderada se ve distorsionado por la subjetividad del paciente y el médico, su valor semiológico en general es menor.

En las peritonitis perforantes típicas el dolor es de comienzo brusco, intenso desde el principio, continuo y progresa hacia el resto del abdomen en forma rápida, de acuerdo a la patogenia de este abdomen agudo. Cuando la peritonitis es el resultado de la inflamación de un órgano, el dolor puede tener varios días de evolución, haber cambiado su localización y variado en sus características, por ejemplo, de cólico a continuo y en estos casos su

intensidad irá en aumento progresivo, guardando una cierta relación con la evolución de la enfermedad causal y el compromiso peritoneal.

La inflamación del peritoneo visceral produce dolor intenso y mal localizado, mientras que en el compromiso de la serosa parietal el dolor es constante, constituye un mejor índice de localización y aumenta al contraerse los músculos abdominales, con la tos, los movimientos y la respiración profunda, hechos semiológicos de valor para el diagnóstico.

La fiebre y el vómito son otros síntomas iniciales. En primera instancia, el vómito es de origen reflejo y con la evolución de la peritonitis es la expresión de la retención gastrointestinal. En un tiempo variable se establece el íleo paralítico, con el cese parcial o total de la eliminación de gases y heces y la consiguiente distensión abdominal.

El cuadro clínico producido por la peritonitis generalizada fue descrito hace muchos años por Hipócrates y es bien conocido por todos. El paciente, en estas condiciones, se mantiene en decúbito dorsal e inmóvil, ya que cualquier movimiento incrementará el dolor. La respiración se vuelve cada vez más superficial, el abdomen no excursiona con la inspiración y la fascie del enfermo transmite la sensación de gravedad.

Cuando existe, el dato semiológico aislado de mayor importancia para el diagnóstico de peritonitis lo constituye la contractura muscular de la pared anterior del abdomen, en forma generalizada o parcial. Ella es el resultado de un espasmo muscular reflejo a partir del peritoneo parietal inflamado, y la misma no se puede vencer con la palpación. Previamente a la instalación de la contractura puede existir defensa muscular voluntaria y obtenerse el signo del dolor de rebote, el cual cuando se estudia en condiciones adecuadas y en forma correcta también es índice de inflamación del peritoneo parietal. En un abdomen difusamente dolorido, la existencia de dolor a la descompresión en un sector del mismo, indica la zona de mayor inflamación peritoneal. Una maniobra de valor semiológico equivalente al signo del rebote es el aumento del dolor provocado por la percusión del abdomen, que permite localizar con bastante precisión, la región afectada.

El tacto rectal y vaginal deben realizarse sistemáticamente buscando el abombamiento del fondo del saco de Douglas, el dolor producido por la palpación del mismo y el resto de la información habitual que se obtiene de estas maniobras. Será de utilidad durante la realización del tacto rectal palpar simultáneamente el abdomen y com-

parar los hallazgos con los obtenidos previamente. Se acepta en general, que al producirse la dilatación anal disminuye la defensa, facilitando la palpación abdominal y el dolor se localiza sin desaparecer la contractura.

Creemos importante puntualizar que se debe actuar con sumo cuidado y suavidad durante el examen del abdomen, pues las maniobras son muy dolorosas en estos pacientes, no debiendo por lo tanto reiterarse en forma innecesaria.

En pacientes inmunosuprimidos, diabéticos o bajo terapia corticoidea, los síntomas y signos abdominales pueden presentar variaciones respecto a lo descrito e inclusive estar ausentes. En el paciente evolucionado o sin respuesta al tratamiento, el progreso de la infección peritoneal compromete cada vez más el estado general del enfermo, apareciendo o acentuándose las manifestaciones sistémicas, como taquicardia, hipotensión, taquipnea, disminución de la ventilación, oliguria, ictericia, hemorragias diversas, depresión de la conciencia, etc.

Debemos insistir en el valor irremplazable de la observación clínica detallada y el seguimiento evolutivo del enfermo, único camino que en los casos límites permitirá llegar a un diagnóstico.

LABORATORIO

Los análisis de laboratorio tienen una importancia relativa en el diagnóstico de peritonitis, sobre todo si la anamnesis y el examen físico son claros.

El hemograma demostrará, generalmente, leucocitosis con neutrofilia y en muchos casos, aumento del porcentaje de formas inmaduras. Valores superiores a 15.000 glóbulos blancos por mm^3 son corrientes. El hematocrito puede estar aumentado por deshidratación y las cifras de amilase elevan varias veces su valor normal sin compromiso pancreático. No obstante, el dosaje de amilasa en sangre y orina, por su simplicidad y rapidez, sigue siendo el "test" fundamental para el diagnóstico de pancreatitis aguda a pesar de su inespecificidad.

Probablemente, el análisis completo de orina es el examen que brinda más información en el paciente con dolor abdominal agudo. Por un lado permite evaluar, en forma específica, el estado del aparato urinario, y por el otro, puede poner en evidencia ciertos estados patológicos cuyo conocimiento es de utilidad para el diagnóstico y el manejo de estos enfermos.

En el paciente con peritonitis, la utilidad mayor de los análisis de laboratorio es la de valorar su

estado general, es decir, el medio interno y el compromiso de los distintos órganos y sistemas; por otra parte, los valores encontrados a su ingreso, servirán como referencia para evaluar su evolución y su respuesta al tratamiento. De esta manera se determinarán electrolitos, uremia y creatinina, gases en sangre, función hepática, hemostasia, hemocultivos en los casos indicados y, desde luego, citológico, glucemia, orina, amilasemia y amilasuria para que en base a los resultados obtenidos, iniciar las correcciones necesarias.

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

Ante la sospecha de una peritonitis aguda, deberán practicarse radiografía de tórax, frente y perfil y de abdomen sin preparación, en posición vertical y decúbito dorsal. Las primeras pueden poner en evidencia patologías concomitantes pleurales, pulmonares, responsables a veces de los síntomas y permitirán observar la presencia de aire libre subdiafragmático, signo de gran valor diagnóstico en los casos de perforación digestiva. Asimismo, serán de utilidad para la adecuada valoración y preparación quirúrgica.

En las radiografías de abdomen se podrán evidenciar, al margen del neumoperitoneo, imágenes de íleo paralítico con dilatación de las asas del intestino delgado y colon y niveles hidroaéreos dispersos. Si el paciente presentara una patología occlusiva como base de su peritonitis, podremos encontrar los cambios radiográficos correspondientes. Así por ejemplo, en la radiografía directa de pie, se podrán observar niveles hidroaéreos centrales correspondientes al compromiso del intestino delgado con o sin dilatación colónica, de acuerdo a la altura de la obstrucción. En estas condiciones, la placa en decúbito dorsal permitirá estudiar el grado de distensión de las asas intestinales y sobre todo, del yeyuno con su clásica imagen en pila de monedas.

Si la peritonitis se presenta con exudado libre importante y edema de la pared intestinal, los contornos de las asas, que normalmente son finos, netos y angulosos, se espesan, mientras que los ángulos se redondean. Cuando el exudado peritoneal es abundante y existe líquido libre en la cavidad, la radiografía en posición vertical puede evidenciar una opacidad localizada a la altura de la pelvis con nivel, y de donde emergen las asas intestinales dilatadas.

Además, el edema inflamatorio de la serosa y las colecciones retroperitoneales se manifestarán radiográficamente por el borramiento de las sombras de los músculos psoas y la línea de grasa preperitoneal lateral.

La utilización de otros métodos de diagnóstico por imágenes en peritonitis agudas no es habitualmente necesario. Su importancia es mucho mayor y su uso difundido en el diagnóstico de abscesos intraabdominales. Sin embargo, queremos destacar el valor indiscutido de la tomografía axial computada para el manejo evolutivo de las pancreatitis agudas graves y de la patología retroperitoneal. Asimismo, la ecografía abdominopelviana, por ser un método rápido y relativamente económico, ocupa un lugar importante, pues contribuye en muchos casos, a aclarar diagnósticos dudosos y prever hallazgos operatorios, como puede ocurrir en las peritonitis relacionadas con las enfermedades del árbol biliar y con el aparato genital femenino.

OTROS MÉTODOS

Se ha propuesto, para facilitar el diagnóstico en pacientes con dolor abdominal agudo, el estudio del líquido obtenido por punción abdominal o del lavado de la cavidad peritoneal, obteniéndose resultados dispares, por lo que su uso no se justifica en forma habitual⁸⁻¹⁰⁴. Con las probables excepciones de los enfermos cirróticos con ascitis o niños con síndrome nefrótico, la realización de estos procedimientos en pacientes en los que se sospecha peritonitis es, en nuestra experiencia, excepcional. Obviamente, de realizarse la punción, la aspiración franca de pus, sangre o materia fecal será de indudable utilidad para el diagnóstico. El valor de estos procedimientos es claro y su uso difundido en caso de traumatismo abdominal cerrado⁷⁻⁸¹.

Se ha comunicado que el aumento del volumen del líquido abdominal medido por medio de técnicas de dilución sencillas, es un parámetro de utilidad para la orientación de un proceso inflamatorio peritoneal¹⁰⁰.

El diagnóstico de peritonitis se basa fundamentalmente en los hallazgos clínicos y la experiencia del cirujano, no debiéndose confiar demasiado en los métodos complementarios de diagnóstico, aparentemente seguros, pues creemos que pueden ser contraproducentes e inclusive peligrosos y como dice Schein⁹⁷, serán utilizados por quienes más lo necesitan, es decir, personas con pocos conocimientos y relativa experiencia.

En especial, en peritonitis crónicas y en pacientes críticos, se ha preconizado el empleo de la laparoscopia, método no exento de riesgos⁴³⁻¹⁰⁴. En nuestro grupo, hemos adquirido una experiencia significativa con este procedimiento para el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo de origen ginecológico.

CAPITULO IX

TRATAMIENTO

MEDIDAS PREOPERATORIAS

La presencia de una peritonitis infecciosa determinará grados variables de compromiso sobre el funcionamiento de los órganos y sistemas del enfermo. De la severidad del desarrollo de la inflamación y de la infección intraabdominal en cada paciente, dependerá la magnitud de las medidas terapéuticas inmediatas que deberán practicarse. La hipovolemia y la evolución de la sepsis, interactuando en forma compleja son los elementos patogénicos fundamentales en los que se basan las repercusiones locales y sistémicas.

En esta evaluación preoperatoria, deberán tenerse en cuenta factores relacionados con la biología del enfermo y la repercusión que sobre éste ha ejercido la noxa. Influirá la edad, la presencia de patologías previas y el tiempo de evolución. Un objetivo fundamental será, una vez realizado el diagnóstico de peritonitis, acortar el tiempo prequirúrgico al mínimo, llevando al paciente en condiciones al acto operatorio con el menor riesgo posible, sin olvidar que la demora en la terapéutica de base aumentará el riesgo, al incorporar nuevos hechos patológicos. En este punto, es de valor la incorporación de exámenes complementarios, necesarios para evaluar la función cardiovascular, renal, respiratoria, hepática, hemostática, nutricional.

La terapéutica preoperatoria se basará en: a) mantener un volumen minuto adecuado, b) corregir las alteraciones metabólicas, c) apoyar aparatos o sistemas "en crisis" y d) iniciar terapéutica antibiótica.

a) *Mantener un volumen minuto adecuado*: Nos hemos referido a lo largo del relato a la importancia de la pérdida de líquidos y la formación de un tercer espacio fisiológicamente aislado de los compartimientos intra y extracelular en los pacientes con peritonitis. Las pérdidas de líquido en estos casos se producen por múltiples causas y las respuestas clínicas variarán de acuerdo al grado de

las mismas (estado cardiovascular previo), pero debemos tener siempre presente que la capacidad de adaptación a la disminución de volumen, puede verse complicada por la sepsis. La pérdida de volemia efectiva disminuirá la precarga a nivel ventricular, deteriorando el volumen minuto, por lo que es fundamental la adecuada reposición de volumen, a fin de asegurar una buena función ventricular. Aquí se deberán tener en cuenta, las habituales pérdidas para un equilibrio hídrico, a lo que debemos agregar las producidas hacia el tercer espacio y los cambios a nivel de capacitancia que dificultan su medición. Un buen parámetro de control es la observación clínica del estado de la piel, llenado capilar y diuresis horaria. Si la gravedad del cuadro lo justifica, se deberá colocar un catéter para medir la presión venosa central, que es un buen parámetro en pacientes jóvenes y en ausencia de cardiopatía. En esta última situación, puede recurrirse a la medición de la presión en cuña o del capilar pulmonar.

La reposición de volumen será tan rápida como el estado cardiovascular lo permita. El tipo de líquido a utilizar dependerá fundamentalmente del hematocrito, aceptándose en general, que no es necesario elevarlo a cifras superiores al 35%.

La controversia acerca del uso de cristaloides o coloides para la reposición de la volemia, continúa pero no nos detendremos aquí a analizar este interesante tema. Ambos presentan ventajas y desventajas bien definidas, pero creemos que pueden utilizarse en forma satisfactoria, tanto los cristaloides como las soluciones coloides, si se procede en forma cuidadosa. Actualmente hay acuerdo en que el edema pulmonar intersticial se relaciona más con el daño endotelial producido por la endotoxina, que con el líquido utilizado en la reanimación⁹⁹⁻¹²⁹.

Debe indicarse sangre únicamente cuando el hematocrito es bajo al momento del ingreso del paciente y ante esta eventualidad, se recomienda el uso de sangre fresca con alto contenido de 2-3 DPG,

para normalizar así la afinidad de la hemoglobina por el oxígeno, favoreciendo la oxigenación tisular alterada durante la sepsis¹¹¹.

Si se procede correctamente con la reposición de líquido, se logrará compensar hemodinámicamente al paciente.

Si existe una alteración del miocardio que agregue factores cardiogénicos al deterioro hemodinámico, será necesario administrar agentes inotrópicos, tales como dobutamina o dopamina, digitálicos, diuréticos y/o vasodilatadores.

b) *Corregir las alteraciones metabólicas*: El edema intersticial y el paso de líquido a los alvéolos en respuesta a las lesiones endoteliales pulmonares que se producen durante la sepsis, determinan hipoxemia e hiperventilación y la consecuente alcalosis metabólica. El progreso de este proceso, determina colapso alveolar y la alteración de la relación ventilación-perfusión con disminución de la PO_2 arterial. Como hemos apuntado en otro capítulo, a estos mecanismos se agregan el dolor y la distensión abdominal, alterando la mecánica ventilatoria. Es así que el paciente con peritonitis puede necesitar ayuda ventilatoria inspirando O_2 al 40% si la PO_2 arterial es menor de 70 mm Hg, en casos más graves con asistencia mecánica respiratoria y en casos muy especiales utilizando presión positiva en el final de la espiración si la gaseometría y otros parámetros así lo indican.

Además de las alteraciones metabólicas ya mencionadas, el compromiso de la perfusión tisular provoca un aumento de la producción de ácido láctico, con la consiguiente acidosis metabólica. Esta deberá ser controlada con la administración de bicarbonato de sodio 1 Molar, hasta tanto la causa etiológica sea erradicada.

c) *Apoyar aparatos o sistemas "en crisis"*: La corrección de la volemia aumentará el flujo renal, posibilitando, de no existir ya lesión, una diuresis adecuada. La importancia de establecer la función renal es obvia.

Los cambios hemodinámicos resultantes de la disminución del volumen circulante y las alteraciones en la distribución intrarrenal que produce la sepsis, condicionan isquemias que llevan a la necrosis tubular. La corrección de la volemia constituye el primer paso para evaluar el estado renal; si la diuresis no se recupera con esta conducta, el uso de diuréticos denominados de asa, tales como la furosemida, o los de acción osmótica como el manitol, pueden forzar el débito urinario tratando de evitar la insuficiencia renal. Si se instala una

insuficiencia renal aguda, deberá extremarse el manejo del balance hidroelectrolítico.

En estos pacientes, los trastornos nutricionales son frecuentes y deberán tenerse presentes desde el preoperatorio y continuarse en el postoperatorio. Asimismo, la hemostasia se altera con frecuencia por múltiples causas, y la vigilancia clínica y de laboratorio es fundamental. Es de rutina la administración preventiva de Vitamina K y cuando sea necesario se corregirán otros aspectos de la misma.

La colocación de una sonda nasogástrica para aspirar su contenido, permite el diagnóstico precoz de una complicación hemorrágica, suprime los vómitos, previene la posibilidad de una broncoaspiración y fundamentalmente disminuye la acumulación de aire en el íleon. La pérdida de electrolitos, asociada a agua, ocasiona alteraciones metabólicas que propenden a acentuar el íleon y genera arritmias cardíacas. La reposición adecuada de los mismos es condición indispensable en el manejo de estos pacientes.

Las alteraciones del sistema nervioso provocadas por la sepsis a través de la toxemia que suscita y los cambios metabólicos y hemodinámicos influyen sobre el mismo, condicionando variaciones neurológicas y psíquicas que modifican el pronóstico y alteran el momento óptimo de la indicación quirúrgica. No es infrecuente además, especialmente en pacientes gerontes, la presencia de otras afecciones metabólicas, como la diabetes, renales, cardiovasculares, hepáticas, que le imprimen características propias al ya severo estado de gravedad que genera la peritonitis.

Este tratamiento, que se inicia ni bien sospechada la presencia de una peritonitis, debe ser instalado rápidamente, cubriendo en forma simultánea todos los aspectos señalados. La cirugía debe insertarse lo más precozmente posible cuando el riesgo disminuya a niveles aceptables. Durante el transoperatorio, el peligro aumenta en forma considerable, por lo tanto, las medidas de control y terapéuticas deben mantenerse y adecuarse a esta nueva situación. El trabajo coordinado del cirujano, anestesista y terapeuta beneficiarán, sin ninguna duda, al paciente.

d) *Iniciar terapéutica antibiótica*: Una vez realizado el diagnóstico de peritonitis, deberá instaurarse el tratamiento antibiótico de manera que, de ser posible, se alcancen concentraciones útiles de los mismos en el organismo, al momento de realizarse el acto quirúrgico.

Se han propuesto variados esquemas para el uso de antibióticos en la terapéutica de las infeccio-

nes intraabdominales, sin embargo, estudios experimentales y resultados clínicos coinciden en que el tratamiento debe incluir antimicrobianos efectivos, tanto sobre bacterias aerobias como anaerobias ⁵³⁻⁵⁸⁻⁶⁷⁻⁸²⁻⁹⁹⁻¹⁰²⁻¹¹¹⁻¹²⁷.

En la actualidad no existe un antibiótico que en forma segura ofrezca acción sobre un espectro lo suficientemente amplio para permitir su uso en forma individual, por lo que se realizan asociaciones de antibióticos con el propósito de obtener adecuada actividad antimicrobiana frente a todos los gérmenes presentes en estos pacientes.

Habitualmente se utilizan los aminoglucósidos o cefalosporina de tercera generación, por su acción sobre las bacterias coliformes, la clindamicina, el cloranfenicol, el metronidazol y cefoxitin, por su actividad sobre el *Bacteroides fragilis* y el resto de los anaerobios, y la ampicilina por su efectividad frente al enterococo, indicándolas, con las debidas precauciones, a dosis habituales.

Debemos tener presente, que el uso de los antibióticos representa un arma de gran utilidad para el manejo de los enfermos con peritonitis, pero que de ninguna manera en ningún caso suplantán al tratamiento quirúrgico cuando éste está indicado y del cual son únicamente adyuvantes.

El extendido del líquido presente en la cavidad, teñido con Gram, no suele ser de utilidad para orientar el uso de determinado antibiótico a no ser que puedan demostrarse, por ejemplo, neumococos en gran cantidad ¹⁰².

Cuando los análisis bacteriológicos realizados (cultivo y antibiograma) del material obtenido durante el acto operatorio, informan que las especies bacterianas son resistentes a los antibióticos empleados, se efectuarán las correcciones correspondientes; sin embargo, el hecho de retirar o no 1 o varios de los antibióticos utilizados, si aparecen como no necesarios a la luz de los resultados bacteriológicos, es conflictivo si se ha obtenido una buena respuesta clínica con las drogas empleadas. Factores como la administración preoperatoria de los antibióticos, la obtención o el procesamiento incorrecto del material y la imposibilidad del laboratorio de aislar siempre todos los gérmenes presentes en una muestra, hacen que habitualmente no suspendamos la terapéutica instituida ante esta eventualidad que comentamos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Consideraciones generales

El objetivo del tratamiento operatorio en los pacientes con peritonitis es la eliminación de la cau-

sa de la infección peritoneal mediante la extirpación, exteriorización o reparación de la fuente de contaminación y el adecuado drenaje de los abscesos presentes al momento de la cirugía. También incluye la eliminación de los exudados, restos necróticos y acúmulos de fibrina, presentes en la cavidad.

Recomendamos el uso de incisiones verticales medianas, amplias, de extensión variable según el caso, para el abordaje en los pacientes con peritonitis generalizada o de etiología incierta, ya que permiten un acceso adecuado y completo de la cavidad y son de fácil y rápida realización y cierre. En el caso de las peritonitis localizadas, cuyo ejemplo clásico son las apendiculares, es recomendable realizar la laparotomía directamente sobre la zona inflamada para evitar la posibilidad de diseminación de la infección.

Una vez abierta la cavidad, se obtendrán muestras del material presente en la misma para su análisis bacteriológico y, dependiendo de la etiología y las características particulares de cada caso, se realizará el control de la fuente de contaminación por medio de uno o varios de los procedimientos quirúrgicos mencionados más arriba, completándolo con la eliminación del material macroscópico presente. Se ha propuesto el debridamiento radical de toda la cavidad para el tratamiento de las peritonitis generalizadas⁵¹, pero los buenos resultados comunicados inicialmente, no han podido ser confirmados en estudios prospectivos y aleatorios⁸⁷.

Lavado peritoneal intraoperatorio

El lavado de la cavidad peritoneal con solución fisiológica es, al menos desde un punto de vista teórico, útil en el tratamiento de las peritonitis agudas generalizadas, con el objeto de disminuir la cantidad de gérmenes y sustancias adyuvantes (sangre, bilis, heces, fibrina) presentes en la misma. Este concepto ha sido ampliamente discutido en la literatura mundial, al postularse que el lavado podría favorecer la generalización de la infección. Sin embargo, existe actualmente cierto consenso para aceptar que esto no ocurre cuando este procedimiento es bien empleado; es decir, no se debe irrigar la totalidad de la cavidad en los casos en que se drena un absceso o se trata una peritonitis localizada, debiéndose por el contrario en estos pacientes, lavarse solamente la zona operatoria aislada del resto del abdomen.

Debemos destacar que la irrigación con solución fisiológica no es suficiente por sí misma como tra-

tamiento de la peritonitis. Su importancia radica en la posibilidad de disminuir el inóculo bacteriano y la cantidad de sustancias adyuvantes, las cuales favorecen la acción patógena de los gérmenes, permitiendo al organismo estar mejor preparado frente a la infección peritoneal. Esta acción se produce por simple efecto mecánico de arrastre y, debido a que la presencia de líquido residual en la cavidad peritoneal puede también comprometer la efectividad de los mecanismos de defensa del huésped, creemos de fundamental importancia la aspiración completa del líquido y el secado prolijo de la serosa con compresas.

En la literatura hay numerosos trabajos experimentales programados con distintas variantes, para tratar de evaluar la eficacia del lavado peritoneal intraoperatorio. Creemos que el traslado de estos hallazgos de laboratorio a la clínica debe ser muy cauteloso. Así por ejemplo, se ha comunicado que el lavado de la cavidad con solución fisiológica disminuye la mortalidad de la peritonitis experimental⁹⁴⁻¹⁰⁶, resultados que no han podido ser reproducidos en forma constante⁴⁵⁻⁵⁹. Varios autores han publicado un aumento significativo de la sobrevida de perros con peritonitis al agregarle antibióticos al líquido de lavado¹⁰⁷, mientras que otras series ofrecen resultados dispares.

Recientemente, 2 trabajos experimentales⁴⁵⁻⁵⁹, coinciden en que la sobrevida de los animales con peritonitis se obtiene únicamente logrando niveles adecuados de antibióticos en el organismo. En el primero de ellos, fue necesaria su administración sistémica para evitar la mortalidad del 100% de los animales y que disminuía al 70%. El lavado con solución fisiológica aumenta la sobrevida al 75% y el agregado de antibiótico al líquido de lavado no mejora los resultados, pese a las altas concentraciones de antibiótico alcanzadas en el líquido peritoneal. En el segundo trabajo, los abscesos residuales tras la producción de peritonitis se observan con igual frecuencia en todos los animales que recibieron antibióticos, independientemente de la vía de administración (sistémica, líquido de lavado o ambos).

Desde un punto de vista clínico, Noon y colaboradores⁷⁸ compararon los resultados obtenidos con el lavado con solución fisiológica versus solución más antibiótica (bacitracina más kanamicina). En este último grupo, disminuyeron las infecciones de la herida, pero no la formación de abscesos intraabdominales ni la mortalidad. Asimismo, Rambo⁸⁸, usando cefalotina en el líquido de lavado, no obtuvo diferencias en los índices de infección o sobrevida en relación a los pacientes en que sólo se utilizó solución fisiológica.

Finalmente, también ha sido preconizado en base a estudios clínicos, el uso de la solución de iodo-povidona al 1% para irrigación de la cavidad peritoneal, con resultados alentadores en cuanto a la incidencia de abscesos intraperitoneales postoperatorios y sin efectos adversos¹⁰³. Aunque no hay acuerdo unánime respecta a la efectividad real de la iodo-povidona, nosotros desde hace 5 años la utilizamos sistemáticamente para el lavado peritoneal, tanto en la cirugía electiva como de urgencia, con buenos resultados.

Lavado peritoneal postoperatorio

Basado en conceptos similares a lo expuesto anteriormente, se ha propuesto el uso de la irrigación de la cavidad abdominal en forma continuada, por espacio de 2 a 3 días, a la manera de una diálisis peritoneal, para el tratamiento adyuvante de las peritonitis agudas, adicionando o no antibióticos al líquido. Se ha comunicado su utilidad expresada en términos de reducción de la mortalidad, en especial en pacientes con grandes infecciones intraabdominales⁷², pero en otras series con controles adecuados, los resultados no son alentadores. Es un método no exento de riesgos, de difícil manejo del medio interno, con probable desarrollo de infecciones o fístulas y la posibilidad de que el bloqueo o la ubicación de los catéteres, limite el acceso del líquido a algún sector del abdomen.

En una muy interesante revisión de 39 trabajos sobre lavado peritoneal postoperatorio, Leiboff y Soroff⁶³ comunicaron que de los mismos, 32 fueron favorables, 4 contrarios y en 3 no se obtuvieron resultados definitivos en sus conclusiones, con respecto al uso de esta técnica. Pero analizando los datos de acuerdo al tipo de estudio realizado y las conclusiones a las que llegaron sus autores, notaron que en 2 de los 4 estudios prospectivos y aleatorios, la mortalidad fue mayor en los pacientes en los que se realizó el lavaje peritoneal postoperatorio, y en 1 de los restantes los resultados fueron similares, por lo que creen, que en realidad hay poca evidencia que sostenga el uso del lavado peritoneal postoperatorio. Casi simultáneamente, Hallerback y colaboradores⁴² en un estudio prospectivo y aleatorio de 79 pacientes con peritonitis generalizada, obtuvieron idénticos resultados, ya sea utilizando o no el lavado peritoneal postoperatorio, y en el 25% de los pacientes en que se realizó, ocasionó molestias o complicaciones.

Como síntesis de lo contradictorio del tema, hemos seleccionado para su análisis el trabajo de Hunt⁵² realizado en forma prospectiva, donde se

comparan los resultados obtenidos en el tratamiento de 44 pacientes con peritonitis generalizada, utilizando en el 1º grupo, lavado peritoneal intraoperatorio, en el 2º, postoperatorio y en el 3º, sin lavado de la cavidad, en forma adyuvante a la solución quirúrgica de la lesión causal y al tratamiento adecuado con antibióticos por vía sistémica. Esta serie, tiene particular interés debido a que no se utilizaron controles históricos, y los grupos son comparables. Los resultados fueron los siguientes: la mortalidad en el 1º grupo fue del 26,6%, en el 2º del 33% y en el 3º, es decir sin lavado, del 25,5%, no existiendo diferencias significativas entre ellos. La incidencia de septicemia y abscesos intraabdominales fue del 23, 13 y 6%, respectivamente, no siendo tampoco la diferencia entre estos valores estadísticamente significativa.

En conclusión, y como se desprende de estos datos, la diversidad de los resultados obtenidos no permite formular conductas o criterios definitivos. Por lo tanto consideramos que sólo la realización de nuevos estudios clínicos aleatorios y con controles adecuados, quizás puedan aclarar este controvertido tema. La utilidad del lavado peritoneal postoperatorio debe aún establecerse; hasta tanto se utilizará únicamente en el marco de estudios adecuadamente programados.

Drenaje

El uso de drenajes en las peritonitis generalizadas, es tema de controversia. Se sabe, desde principios de este siglo, que es física y fisiológicamente imposible drenar la totalidad de la cavidad peritoneal⁹³, que los tubos de drenaje pueden ser eventualmente bloqueados y aislados del resto del abdomen y representan una fuente probable de problemas. Coincidimos con la cita clásica que expresa: "Llamar a algo tubo de drenaje no lo convierte en tal". Sin embargo, el drenaje cumple una importante utilidad clínica, sobre todo si es aplicado en procesos localizados e interpretado en el marco general de la evolución del paciente. Un drenaje negativo no descarta la existencia de una complicación. Por lo tanto, para nosotros, las indicaciones se limitan a la evacuación de material residual en los abscesos o el establecimiento de fistulas controladas por la existencia o la posibilidad de pérdida de secreciones intestinales, biliares o pancreáticas, tras el acto quirúrgico.

Cierre abdominal

Somos partidarios del cierre primario de la pared abdominal en un plano, con sutura discontinua,

dejando, en algunos casos por el tipo de contaminación, el tejido subcutáneo y la piel abiertos para su cierre por segunda o posterior aproximación. Con esta conducta estamos muy conformes, habiendo tenido que recurrir a algunas de las variantes de abdomen contenido en forma excepcional.

Abdomen abierto - Abdomen contenido

Desde finales de la década del 70, se han utilizado diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de pacientes con problemas parietales y severas infecciones intraabdominales, basadas en considerar a la cavidad abdominal en su totalidad, como un único y gran absceso¹¹⁰. El método consiste en dejar abierta la laparotomía pensando que de esta manera se favorecerá el drenaje de la cavidad peritoneal y la eliminación de pus, bacterias y sustancias patógenas, facilitando de ser necesario, el acceso y la visión de los órganos intraabdominales. Sin embargo, estos procedimientos no están exentos de complicaciones, como problemas ventilatorios graves, grandes pérdidas de fluidos y proteínas, fistulas, eventraciones⁷⁰, al margen de su efectividad para suprimir la infección. La masa visceral puede protegerse, ya sea por gaxas embebidas con antisépticos, por compresas envasadas y por planchas de espuma de poliuretano o de Marlex.

Debemos tener siempre presente que la realización de estas técnicas quirúrgicas en pacientes críticos, es posible en gran medida, por el uso de nutrición parenteral total y de los cuidados especiales que estos pacientes necesitan.

Considerando que, en general, los datos publicados comunican el empleo de tácticas y técnicas diversas, en series pequeñas de enfermos y de gravedad disímil, los resultados son difíciles de comparar. Así, numerosos autores²²⁻⁷⁰⁻¹⁰⁹, han publicado buenos resultados referidos en términos especialmente de una disminución de la mortalidad. Por el contrario, otros grupos de trabajo¹⁶⁻³², no han obtenido resultados similares con el empleo de este principio terapéutico. Más aún, Anderson y colaboradores⁵ no recomiendan la adopción generalizada de este método adyuvante hasta la realización de estudios bien controlados.

En 1986, Mughal y colaboradores⁷⁶, exponen su experiencia sobre este tema y comunican una mortalidad del 28% entre 18 pacientes tratados por medio de laparostomía. Los autores, a pesar de los buenos resultados obtenidos, creen que el abuso de estos métodos puede conducir a graves pro-

blemas y si bien los criterios para su realización no están claramente definidos, consideran que no debieran utilizarse en más del 15% de los casos de peritonitis generalizada y en grave estado, limitándola, en su experiencia, a pacientes previamente operados o con abscesos pancreáticos.

Dejar el abdomen abierto, contenido o no con mallas porosas, quizás disminuya la mortalidad en los casos de peritonitis generalizada y con gran compromiso de su estado general. Sin embargo, el método supone una importante morbilidad, siendo las complicaciones antes mencionadas muy frecuentes, y las distintas técnicas propuestas no aseguran por sí mismas, el complejo drenaje de la cavidad como lo prueban los abscesos residuales. Es primordial tener en cuenta que estos estudios no han sido realizados en grupos adecuadamente randomizados y controlados, por lo que la utilidad real de estas técnicas no ha sido aún demostrada.

Reexploración abdominal planificada

Se incluyen bajo este nombre los procedimientos quirúrgicos basados en la reexploración programada a intervalos determinados de los pacientes operados por presentar infecciones peritoneales generalizadas. Los pacientes en quienes se realiza esta modalidad terapéutica, en general en mal estado, son operados de manera habitual, procediendo al control del foco y al lavado de la cavidad, para después ser cerrada sin tensión, utilizando generalmente una malla de Marlex o poliuretano²⁰⁻⁴⁶.

Entre las 12 y las 24 hs, la malla es incidida o a través de un cierre previamente instalado la cavidad es reexplorada realizándose un debridamiento completo con lavado y control de origen de la infección, repitiéndose estas exploraciones hasta que el líquido de lavado se recupere claro, la cavidad se observe limpia y exista evidencia de control de la infección. Se ha comunicado disminución de la mortalidad realizando estos procedimientos con respecto a los tratamientos clásicos, utilizando como parámetros el puntaje obtenido en "scores"

de evaluación de gravedad de los enfermos y la mortalidad esperada en base al mismo⁴⁶⁻⁶⁹⁻¹¹⁵. Los lavados son bien tolerados y el índice de complicaciones es bajo. Sin embargo, la persistencia de la infección con la formación de abscesos es aún alto⁴⁶. Estas técnicas reúnen, al menos teóricamente, la ventajas del abdomen cerrado, es decir, mejor mecánica ventilatoria bajo índice de eventración y del abierto, como adecuado drenaje, visión directa. Como es habitual, la falta de controles adecuados hace difícil valorar la dimensión exacta de la utilidad de estos procedimientos agresivos, sin estar definidas claramente las indicaciones para su realización. Sin embargo, las primeras comunicaciones basadas en los resultados obtenidos en pacientes con fallas múltiples de órganos, indican que quizás sea de utilidad y se justifique, la realización de estudios bien controlados para definir su valor entre las terapéuticas disponibles.

En nuestro país desde 1974, Beveraggi y su grupo de trabajo han aplicado la técnica del abdomen abierto pero contenido, con malla de polipropileno, para el tratamiento de enfermos en grave estado, con sepsis peritoneal y/o celulitis necrotizante. Habiendo utilizado este método en un número importante de enfermos, concluyen destacando los beneficios obtenidos, pero limitando sus indicaciones a casos estrictamente seleccionados¹²⁻¹⁸⁻⁶⁶. Asimismo, Perera y colaboradores⁸⁶ en 1983, incorporaron un cierre relámpago en la malla con el fin de poder tener un fácil acceso al abdomen y mantener la integridad de la prótesis. Coinciden con otros autores, que las indicaciones básicas de las mallas deben ser la celulitis necrotizante y las peritonitis difusas graves, sobre todo de origen fecal. También se han ocupado del tema, con buenos resultados, entre otros García Casella³⁴, D'Angelo²⁰ y Morel⁷⁵.

Motivados por la experiencia del Hospital Italiano de Buenos Aires, a principio de la década actual tratamos 6 pacientes con sepsis intraabdominal y falla múltiple de órganos, con esta técnica, pero los malos resultados nos detuvieron y, como dijimos anteriormente, en nuestro Servicio este procedimiento es desde entonces, de aplicación excepcional.

CAPITULO X

PRONOSTICO

Las peritonitis infecciosas representan un grupo de patologías problemáticas que se asocian a índices altos de morbilidad y mortalidad, constituyéndose en los casos extremos en verdaderas catástrofes para los pacientes. Esto ocurre a pesar del mayor conocimiento que se tiene de ellas, del desarrollo de nuevas drogas antimicrobianas, del uso de técnicas quirúrgicas cada vez más agresivas y de las múltiples medidas con las que se cuenta para el sostén adecuado de estos enfermos.

Es tan difícil como inútil intentar formular en forma global o general, el pronóstico de las peritonitis infecciosas, debido a que con este nombre se incluyen enfermedades de variada etiología, cuadro clínico y gravedad, dependiendo el pronóstico, en cada caso, de la resultante de la interacción entre los factores "agresivos", como el lugar de origen, grado de contaminación, virulencia del inóculo, y los factores de resistencia, el estado general del huésped y el tratamiento recibido. La ecuación entre estos factores resulta clara de entender, sin embargo, es tarea compleja definirlos y estandarizarlos.

En los últimos años se han desarrollado distintos métodos para agrupar estos enfermos en base a criterios bien normatizados y de cuyo uso combinado como veremos más adelante, es posible formar grupos o series de enfermos con patologías similares y de gravedad comparables. De esta forma se puede no sólo obtener el pronóstico cierto de estos pacientes, sino contar con un medio para la realización de estudios correctamente controlados, útiles sobre todo para evaluar las nuevas modalidades terapéuticas en los portadores de infecciones intraabdominales ²¹⁻⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁶⁹⁻⁷³⁻¹¹⁶.

Con el criterio global de factores y considerando los resultados de varias series, Kinney y Polk ⁵⁴ resumieron la mortalidad de las peritonitis discriminadas por la causa de origen, otorgando para la peritonitis biliar secundaria a la ruptura de la vesícula entre un 25 y un 35% de mortalidad, para

las postoperatorias por deshiscencia anastomótica entre un 50 y un 70%, a las derivadas de una perforación de úlcera péptica entre el 10 y el 18%, y a las consecutivas a rotura apendicular entre el 0 y el 10% ⁵⁴.

Obviamente, estos resultados engloban enfermos en distintas condiciones y en realidad la posibilidad de muerte individual se ve afectada en gran medida por otros factores como la edad, el estado nutricional, la existencia de patologías asociadas o el tiempo de evolución de la peritonitis; por lo que establecer el pronóstico únicamente en base a la etiología del proceso, quizás no sea del todo exacto. Asimismo, en un intento por normatizar, se ha comunicado la disminución de la sobrevida en relación al fallo de los distintos órganos ²¹⁻⁷⁴. Sin embargo, aunque la falla múltiple de órganos puede servir como guía para la selección de pacientes, frecuentemente este estado representa la etapa final del enfermo frente a la infección, más que un factor agravante del pronóstico, aunque, desde luego, su presencia indica siempre el severo compromiso del paciente.

En los últimos años se han adoptado en la literatura ¹³⁻²¹⁻⁶⁹, el uso de una sencilla clasificación, de base anatómica, para discriminar el origen de las infecciones intraabdominales. En la misma se incluyen a los pacientes en 1 de 10 grupos posibles, considerando que los enfermos de cada grupo, a pesar de las lógicas diferencias, presentan suficientes elementos en común para permitir su agrupación y que al ser el número de grupos limitado, permitirá la inclusión, en cada uno, de un número mayor de enfermos, radicando en estos hechos su utilidad clínica (cuadro 7).

Los grupos I al III, interesan a pacientes con derrame del contenido intestinal a la cavidad peritoneal y peritonitis; el grupo IV a todas las peritonitis postoperatorias y los grupos V al X involucran infecciones de órganos que comúnmente tienden a producir procesos localizados, y a dife-

CUADRO 7

Clasificación anatómica de las infecciones intraabdominales *

Grupos	Sectores
I	Desde la unión gastroesofágica hasta el ligamento de Treitz
II	Intestino delgado
III	Intestino grueso hasta el repliegue peritoneal
IV	Postoperatorios
V	Infecciones del árbol biliar
VI	Páncreas
VII	Apéndice
VIII	Abscesos hepáticos
IX	Ginecológicos
X	Infecciones distales al repliegue peritoneal

* Tomado de Meakins y colaboradores 73.

CUADRO 8

Mortalidad por grupos anatómicos *

Grupos	Mortalidad %
I	2,9 al 13
II	20 al 25
III	20 al 50
IV	40 al 60
V	0 al 6
VI	22 al 57
VII	0 al 8
VIII	10 al 90
IX	0 al 10
X	—

* Tomado de Meakins y colaboradores 73.

rencia de los grupos I a IV, poseen en general una historia natural de evolución, más o menos típica y un tratamiento específico 69-73.

No se considera en esta clasificación el grado de extensión de la infección (localizada o generalizada), ni la existencia o no de fístulas u otras complicaciones, ni el origen de las peritonitis postoperatorias, ni las operaciones realizadas, ya que obligarían a la creación de subgrupos que entorpecerían el uso de la misma y porque estos hechos son teóricamente valorados a través de sus repercusiones sobre el estado general del enfermo, medido con un "test" especial complementario a la clasificación anatómica. La misma constituye una forma ordenada de ofrecer los datos, que hasta su

adopción se presentaban de manera anárquica, en grupos limitados y por lo general pequeños de pacientes. Tomando resultados publicados en diferentes trabajos, Meakins y colaboradores 73 resumen la mortalidad para cada grupo anatómico (cuadro 8).

Como hemos aclarado antes, precisar el tipo o grupo de peritonitis en base al origen anatómico de la infección, no es suficiente para valorar correctamente estos enfermos y se deben complementar con un método o sistema destinado a evaluar la gravedad de las repercusiones que produce la enfermedad sobre el organismo y de esta forma, por el uso combinado de la clasificación anatómica y la valoración del compromiso fisiológico, establecer una base objetiva para el manejo clínico y el estudio de las peritonitis 63.

En la última década se comprobó la eficacia de diversos esquemas para valorar el estado del enfermo y el compromiso de sus parámetros fisiológicos, pero los grupos de mayor experiencia 21-73 adoptaron rápidamente, por su simplicidad, el APS (Acute Physiology Score: medidas del estado fisiológico agudo) desarrollado por Knaus 55. En este método, se consideraban 34 variantes fisiológicas, obtenidas en las primeras 24 hs de admisión; y más tarde los mismos autores disminuyeron el número de parámetros a 12, a los que se agregaron la edad y la presencia o no de enfermedades crónicas, para formular un 2º "test", el APACHE II (Adult Physiologic and Chronic Health Evaluation: estado fisiológico agudo y evaluación de la salud crónica) de valor similar al APS, pero más simple, para estimar la posibilidad de mortalidad de un paciente o grupo de pacientes, al momento de su ingreso. Así, de acuerdo al puntaje obtenido retrospectivamente mediante el APS (corregido por edades), se pueden dividir los enfermos en 3 grupos: el A (0 a 15 puntos), mortalidad menor del 10%, el B (16 a 30 puntos) menos del 50% y el grupo C (más de 30 puntos), cuya mortalidad es mayor del 50%, siendo los puntajes y grupos superponibles a los derivados de emplear el APACHE II.

En el APACHE II se consideran parámetros de fácil obtención, como la temperatura rectal, la presión arterial media, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la oxigenación de la sangre, el pH arterial el sodio, potasio y la creatinina sérica, el hematócrito, el número total de leucocitos y, de corresponder, el puntaje corregido del "score" de coma de Glasgow. A estos parámetros se otorgan puntajes que van del 0 (valores normales) a 4 (máxima anormalidad), dependiendo en cuanto se aleje el valor obtenido de los normales, computándose además puntos por la edad y por

la existencia de enfermedad previa de distintos órganos. Los trabajos iniciales²¹ utilizaron el APS y tras la aparición del APACHE II se comenzó a emplear este nuevo método para determinar la gravedad de los pacientes⁶⁹⁻¹¹⁶.

El uso de estos sistemas permite en forma cuantitativa y más uniforme, acomodar los enfermos en grupos de riesgo, para de esta manera poder hacer una comparación objetiva entre pacientes de distintas series. Así, por ejemplo, para evaluar el efecto terapéutico de un tratamiento en un grupo de estudio comparativo, es obvio que uno debe estar seguro que el método terapéutico es comparable, pero también que los grupos de pacientes sean comparables, sobre todo como precisa Knaus⁵⁶ en lo relacionado al tipo y severidad de la enfermedad, a la edad y al estado general previo del paciente. Sin duda, mientras haya más aspectos en común en los grupos de estudio, más veraces serán los resultados.

Es de esperar, que con la adopción de estos u otros sistemas que definan claramente la causa y el riesgo en que se encuentran los pacientes con peritonitis, se podrá llevar a cabo estudios prospectivos, aleatorios y adecuadamente controlados que serán sumamente útiles para establecer, entre otros aspectos, el valor de las nuevas terapéuticas disponibles. Sin embargo, dado que la realización de estudios aleatorios es prácticamente posible sólo en grandes instituciones y que los estudios multicéntricos requieren esfuerzos de organización muy importantes, creemos que la utilización de las clasificaciones propuestas, permitiendo la correcta estratificación de los enfermos, cobra una especial dimensión. Esto permitirá a cirujanos individuales o a grupos pequeños, estar en condiciones de aportar sus experiencias, que reunidas significarán un número mayor de pacientes y los datos obtenidos permitirán, en forma orgánica y sencilla, dictar pautas terapéuticas y evolutivas más precisas de esta compleja enfermedad.

CONCLUSIONES

1) Las peritonitis agudas representan numerosas y variadas entidades cuyo estudio resulta dificultoso. Esto se debe a sus diferentes etiologías y a las características que adoptan los pacientes en cada grupo, lo cual ofrece posibilidades casi interminables de presentación clínica, evolución y pronóstico. Creemos importante puntualizar aquí que como hemos insistido a lo largo del relato, se incluyen bajo este título múltiples enfermedades distintas y que con este concepto como base deberemos analizarlas.

De estos hechos depende la importancia de la adopción de sistemas o métodos de agrupamiento de los enfermos para que se puedan efectuar estudios clínicos de valor. Creemos que este propósito podrá ser alcanzado utilizando la doble clasificación propuesta, estos es, estratificando los pacientes con infecciones intraabdominales en base al origen anatómico de la peritonitis y el grado de compromiso del estado general del enfermo.

2) Los órganos contenidos en el abdomen representan la fuente más probable de contaminación de la cavidad peritoneal y los gérmenes presentes en cada uno de ellos serán los patógenos responsables de la infección.

3) En los pacientes con peritonitis, la reacción inflamatoria que se produce a nivel peritoneal como consecuencia de estímulos variados y de distinto origen, es resultado de los mecanismos habituales del proceso inflamatorio agudo. Las alteraciones que se producen en las funciones de la membrana peritoneal inflamada, ocasionan el aislamiento de cantidades variable de líquido, según las particularidades de cada caso. La formación de un tercer espacio, el desarrollo concomitante de la infección y el progreso de la inflamación son los elementos que sirven de base patogénica para explicar las manifestaciones locales y generales en estos pacientes.

4) El enfermo con peritonitis pone en marcha numerosos mecanismos locales para intentar combatir el progreso y desarrollo de la infección. Destacamos entre ellos el avenamiento linfático de la cavidad que en escasos minutos comienza a eliminar las bacterias presentes en la misma y de acuerdo a los datos recogidos en nuestra experiencia, continúa en forma eficiente aún en las etapas más avanzadas de la peritonitis, a lo que se agrega la actividad de los polimorfonucleares y macrófagos, la producción de fibrina y el poder plástico de las estructuras peritoneales. La normalidad de la función de estos sistemas de defensa es condición básica para que el huésped pueda hacer frente a la infección peritoneal.

5) El diagnóstico se basa en el examen clínico y, a pesar del desarrollo de modernos métodos complementarios, la anamnesis y el examen físico representan los medios principales para llegar al mismo.

6) Hasta el momento, las más modernas técnicas quirúrgicas empleadas para el tratamiento de los enfermos con formas graves de peritonitis, resultan difíciles de evaluar y su uso deberá ser restringido a protocolos controlados hasta que se aporten más datos acerca de la conveniencia de su adopción.

7) El tratamiento correcto de estos pacientes se basa en 3 aspectos: a) una enérgica terapia de sostén, b) la administración de antibióticos adecuados y c) la cirugía como elemento principal e insoslayable. Deberá: 1) erradicar la fuente de la infección mediante la extirpación, exteriorización o reparación de la lesión, 2) lavar adecuadamente la zona afectada de la cavidad reduciendo al mínimo las sustancias adyuvantes, 3) eliminar o drenar convenientemente las colecciones purulentas y 4) de ser justificado, confeccionar un dispositivo para el imprescindible soporte nutricional.

BIBLIOGRAFIA

1. Aharenholz D. H. and Simmons R. L.: *Fibrin in peritonitis: I. Beneficial and adverse effects in experimental Escherichia coli peritonitis*. Surgery, 88: 41, 1980.
2. Almdal T. P. and Skintoj P.: *Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis. Incidence, diagnosis, and prognosis*. Scand. J. Gastroenterol., 22: 295, 1987.
3. Altemeir W. A.: *Bacterial flora of acute perforated appendicitis with peritonitis*. Ann. Surg., 107: 517, 1938.
4. Allen L.: *The peritoneal stomata*. Anat. Rec., 67: 89, 1936.
5. Anderson E. D., Mandelbaum D. M., Ellison E. C., Carey L. C. and Cooperman M.: *Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis*. Am. J. Surg., 145: 131, 1983.
6. Autio V.: *The spread of intraperitoneal infection. Studies with roentgen contrast medium*. Acta Chir. Scand., 123: 5, 1964.
7. Bagwell C. E. and Ferguson W. W.: *Blunt abdominal trauma. Exploratory laparotomy or peritoneal lavage*. Am. J. Surg., 140: 368, 1980.
8. Barbe C. L. and Gilsdorf R. B.: *Diagnostic peritoneal lavage in evaluating acute abdominal pain*. Ann. Surg., 181: 853, 1975.
9. Bartlett J. C., Condon R. E., Gorbach S. L., Clarke J., Nichols A. and Ochi S.: *Veterans Administration cooperative study on bowel preparation for elective colo-rectal operations. Impact of oral antibiotic regimen on colonic flora, wound irrigation cultures and bacteriology of septic complications*. Ann. Surg., 188: 249, 1978.
10. Basaluzzo J. M. y De Paula J. A.: *Alimentación enteral y parenteral en cirugía*. Relato 54º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1983, pág. 1.
11. Berg R. D. and Owens W. E.: *Inhibition of translocation of variable Escherichia coli, from the gastrointestinal tract of mice by bacterial antagonism*. Infect. Immun., 25: 820, 1979.
12. Beveraggi E., Bonadeo F., Santibáñez E. de, Marchitelli H. y Pietravalle A.: *Utilización de la malla de polipropileno en emergencias quirúrgicas abdominales*. Rev. Argent. Cirug., 41: 172, 1981.
13. Bohnen J., Boulanger M., Meakin J. L. and McLean A. P.: *Prognosis in generalized peritonitis: relation to cause and risk factors*. Arch. Surg., 118: 285, 1983.
14. Clarke J. S., Condon R. E. and Bartlett J. C.: *Preoperative oral antibiotics reduce septic complications of colon operations: results of prospective randomized, double-blind clinical study*. Ann. Surg., 186: 251, 1977.
15. Cohen S.: *Ecologic consequences of resistance-transfer factors*. Am. J. Clin. Nutr., 23: 1480, 1970.
16. Condon R. E.: *Discussion: Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis (Anderson⁵)*. Am. J. Surg., 145: 131, 1983.
17. Connolly J. E. and Smith J. W.: *Collective review. The prevention and treatment of intestinal adhesions*. Int. Abstr. Surg., 110: 417, 1960.
18. Corrao F., Beveraggi E. y Pietravalle A.: *Tratamiento médico-quirúrgico de las celulitis necrotizantes*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 37: 271, 1975.
19. Dahn M., Bouman D. and Kirlepatrile J.: *The sepsis-glucose intolerance riddle: a hormonal explanation*. Surgery, 86: 423, 1979.
20. D'Angelo W., Torres R., González M. A., Bengoa J., Olivera E. H. y Gervasoni C. A.: *Malla de poliuretano en sepsis abdominal grave*. Rev. Argent. Cirug., 54: 30, 1988.
21. Dellinger E. P., Wertz M. J., Meakins J. L., Solomkin J. S., Allo M. D., Howard R. J. and Simmons R. L.: *Surgical infection stratification system for intra-abdominal infection*. Arch. Surg., 120: 21, 1985.
22. Duff J. H. and Moffat J.: *Abdominal sepsis managed by leaving the wound open*. Surgery, 90: 774, 1981.
23. Dunn D. L. and Simmons R. L.: *Mechanisms of clearance from the peritoneal cavity*. Am. J. Surg., 151: 446, 1986.
24. Dunn D. L., Barke R. A., Ahrenholz D. H., Humphrey E. W. and Simmons R. L.: *The adjuvant effect of peritoneal fluid in experimental peritonitis*. Ann. Surg., 199: 37, 1984.

25. Ellis H.: *The etiology of post-operative abdominal adhesions. An experimental study.* Br. J. Surg., 50: 10, 1962.
26. Ellis H.: *Collective review. The cause and prevention of postoperative intraperitoneal adhesions.* Surg., Gyn. & Obst., 133: 497, 1971.
27. England D. M. and Rosenblath J. E.: *Anaerobes in human biliary tracts.* J. Clin. Microbiol., 6: 494, 1977.
28. Faraoni H.: *Abdomen agudo en el anciano.* Relato 52º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1981, pág. 1.
29. Finegold S. M.: *Interaction of antimicrobial therapy and intestinal flora.* Am. J. Clin. Nutr., 23: 1466, 1970.
30. Fong W. I.: *Septic complication of perforated peptic ulcer.* Can. J. Surg., 26: 370, 1983.
31. Fowler R.: *Primary peritonitis: changing aspects 1956-1970.* Aust. Paediatr. J., 7: 73, 1971.
32. Freeman L. B.: *Discussion: Open packing of the peritoneal cavity in generalized bacterial peritonitis (Anderson⁵).* Am. J. Surg., 145: 131, 1983.
33. Gall L. S.: *Normal fecal flora of man.* Am. J. Clin. Nutr., 23: 1457, 1970.
34. García Casella M., Pierini A., Gastaldi I., Locatelli H., Alomar F. y Nepote J.: *Evisceraciones terapéuticas contenidas. Bacteriología y apoyo nutricional en el tratamiento de las peritonitis postoperatorias.* Rev. Argent. Cirug., 49: 331, 1985.
35. Germain A., Marc R., Legall J., Julien M. I., Fagniez P. L. et Rapin M.: *Bilan des laparotomies pour syndrome infectieux post-opératoire.* Chirurgie, 102: 567, 1976.
36. Giercksky K. E.: *Secondary peritonitis. A major clinical problem.* Scand. J. Gastroenterol., 19: 3, 1984.
37. Giercksky K. E.: *Prevention of postoperative infections following gastrointestinal operations.* Scand. J. Gastroenterol., 19: 26, 1984.
38. Goodman A. y Gilman L.: *Las bases farmacológicas de las terapéuticas.* Ed. Panamericana, México, 1981, pág. 1062.
39. Gramática L.: *Cambios circulatorios en el curso de la pancreatitis aguda experimental.* Rev. Esp. Enf. Ap. Dig., 36: 1, 1972.
40. Grosdidier J., Carabolona P., Chapuis Y., Germain A., Guillemin G., Hollender L. F., Lagache G., Larcen A., Malafosse M., Thomeret A. et Vayre P.: *Les péritonites post-opératoires (Table ronde).* Actualités chirurgicales, 76º Congrès de Chirurgie, Masson Ed., Paris, 1974, p. 603.
41. Hall C. J., Basu S. and Kipping R. A.: *Gram stains and acute abdomen.* Lancet, 1: 445, 1987.
42. Hallerback B., Anderson C., Englund N., Glise H., Solhaug N. and Walhström B.: *A prospective randomized study of continuous peritoneal lavage postoperatively in the treatment of purulent peritonitis.* Surg., Gyn. & Obst., 163: 433, 1986.
43. Hamdani A., Sekkat N., Alyoune A., Merzouk M. et Mourid A.: *La tuberculose péritonéale chez l'adulte. Etude de 207 cases.* Sem. Hôp. Paris, 63: 1227, 1987.
44. Hau T., Lee J. T. and Simmons R. L.: *Mechanism of the adjuvant effect of hemoglobin in experimental peritonitis. IV. The adjuvant effect of hemoglobin in granulocytopenic rats.* Surgery, 89: 187, 1981.
45. Hau T., Nishikawa R. A. and Phuangsab A.: *Irrigation of the peritoneal cavity and local antibiotics in the treatment of peritonitis.* Surg., Gyn. & Obst., 156: 25, 1983.
46. Hedderich G. S., Wexler M. J., McLean A. P. and Meakins J. L.: *The septic abdomen: open management with Marlex mesh with a zipper.* Surgery, 90: 399, 1986.
47. Hentges D. J.: *Enteric pathogen-normal flora interactions.* Am. J. Clin. Nutr., 23: 1451, 1970.
48. Hernández N.: *Peritonitis.* Relato 48º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1977, pág. 1.
49. Holden T. M. y Ashereft K. W.: *Cirugía pediátrica.* Nueva Ed. Panamericana, México D.F., 1985, pág. 407.
50. Holt R.: *The bacterial degradation of chloramphenicol.* Lancet, 1: 1259, 1967.
51. Hudspeth A. S.: *Radical surgical debridement in the treatment of advanced generalized peritonitis.* Arch. Surg., 110: 1233, 1974.
52. Hunt J. L.: *Generalized peritonitis: to irrigate or not to irrigate the abdominal cavity.* Arch. Surg., 117: 209, 1982.
53. Kasholm-Tengue B. and Bartholdson O.: *Antibiotics in acute abdominal surgery.* Acta Chir. Scand., 152: 267, 1986.
54. Kinney E. V. and Polk H. C.: *Open treatment of peritonitis an argument against.* Adv. Surg., 21: 19, 1987.
55. Knaus W. A., Zimmerman J. E., Wagner D. P., Draper E. A. and Lawrence D. E.: *APACHE - Acute physiology and chronic health evaluation: physiologically based classification system.* Crit. Care Med., 9: 591, 1981.
56. Knaus W. A., Draper E. A., Wagner D. P. and Zimmerman J. E.: *APACHE II: A severity of disease classification system.* Crit. Care Med., 13: 818, 1985.

57. Kornfeld S. J. and Worthington M. G.: *Culture-proved Fitz-Hugh-Curtis syndrome*. Am. J. Obst. & Gyn., 139: 106, 1981.
58. Lahnborg G. and Nord C. E.: *Different antimicrobial agents in treatment and prophylaxis of experimentally induced intraabdominal sepsis*. Scand. J. Gastroenterol., 19: 10, 1984.
59. Lally K. P., Trettin J. C. and Torma M. J.: *Adjunctive antibiotic lavage in experimental peritonitis*. Surg., Gyn. & Obst., 156: 605, 1983.
60. Lan C. H., Bagby G. J., Ferguson J. L. and Spitzer J.: *Cardiac output and redistribution of organ blood flow in hypermetabolic sepsis*. Am. J. Physiol., 246: 331, 1984.
61. Leak L. V. and Just E. E.: *Permeability of peritoneal mesothelium. A TEM and SEM study*. J. Cell. Biol., 70: 432, 1976.
62. Lee J. T. (Jr.), Ahrenholz D. H., Nelson R. D. and Simmons R. L.: *Mechanisms of the adjuvant effect of hemoglobin in experimental peritonitis. V. The significance of the coordinated iron component*. Surgery, 86: 41, 1979.
63. Leiboff A. R. and Soroff H. S.: *The treatment of generalized peritonitis by closed postoperative peritoneal lavage*. Arch. Surg., 122: 1005, 1987.
64. Lennette E. H., Balows A. J., Hausler W. J. y Truant J. P.: *Manual de microbiología clínica*. Ed. Méd. Panamericana, Bs. As., 1982, pág. 119 y 151.
65. Levy E., Frileux P., Parc R., Hannoun L., Nordlinger B., Cugnenc P. H. et Loygue J.: *Péritonites post-opératoires. Données communes*. Sem. Hôp. Paris, 42: 3343, 1986.
66. Libonatti E. J., Beveraggi E. M. y Padrón R.: *Sepsis y cirugía*. Relato 49º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1978, pág. 1.
67. Lorber B. and Swenson R. M.: *The bacteriology of intra-abdominal infections*. Surg. Clin. N.A., 55: 1349, 1975.
68. Luckey T. D.: *Gnotobiology is ecology*. Am. J. Clin. Nutr., 23: 1533, 1970.
69. Maddaus M. A. and Simmons R. L.: *Leave the abdomen open for peritonitis: yes, no, may be?* Adv. Surg., 21: 1, 1987.
70. Maetani S. and Tobe T.: *Open peritoneal drainage as effective treatment of advanced peritonitis*. Surgery, 90: 804, 1981.
71. Martin D. J., Parker J. C. and Taylor A.: *Simultaneous comparison of tracheobronchial and right duct lymph dynamics in dogs*. J. Appl. Physiol., 54: 199, 1983.
72. McKenna J. D., Currie D. J., MacDonald J. A., Mahoney L. J., Finlayson D. C. and Lankail J. C.: *The use of continuous postoperative peritoneal lavage in the management of diffuse peritonitis*. Surg. Gyn. & Obst., 130: 254, 1970.
73. Meakins J. L., Solomkin J. S., Allo M. A., Dellinger E. A. and Simmons R. L.: *A proposed classification of intraabdominal infections*. Arch. Surg., 119: 1372, 1984.
74. Mettler E. A.: *Cirugía abdominal en el paciente crítico*. Relato 58º Congr. Argent. Cirug., Rev. Argent. Cirug., Nº Extraord., 1987, pág. 1.
75. Morel C., Alvarez Rodríguez J., Rapela R., Costa L. y Chiappetta Porras L.: *Empleo de malla de microtut de nylon en el tratamiento de peritonitis y evisceraciones agudas sépticas graves*. Bol. y Trab. Soc. Argent. Cirujanos, 60: 34, 1976.
76. Mughal M. M., Bancewicz A. and Irving M. H.: *Laparostomy: a technique for the management of intractable intraabdominal sepsis*. Br. J. Surg., 73: 253, 1986.
77. Nichols R. L. and Smith J. W.: *Intragastric microbial colonization in common disease states of the stomach and duodenum*. Ann. Surg., 182: 557, 1975.
78. Noon G. P., Beall A. C. (Jr.) and Jordan G. L.: *Clinical evaluation of peritoneal irrigation with antibiotic solution*. Surgery, 62: 73, 1967.
79. Nord C. E.: *Microbiological and clinical aspects on intraabdominal infections*. Scand. J. Gastroenterol., 19: 31, 1984.
80. Olofsson P., Nylander G. and Oisson P.: *Endotoxin: routes of transport in experimental peritonitis*. Am. J. Surg., 151: 443, 1986.
81. Olsen W. C., Redman H. C. and Hildreth D. H.: *Quantitative peritoneal lavage in blunt abdominal trauma*. Arch. Surg., 104: 536, 1972.
82. Onderdonk A. B., Bartlett J. G., Lovie T., Sullivan-Seigler N. and Gorbach S. L.: *Microbial synergy in experimental intra-abdominal abscess*. Infect. Immun., 13: 22, 1976.
83. Owens W. E. and Berg R. D.: *Bacterial translocation from the gastrointestinal tract of athymic (nu/nu) mice*. Infect. Immun., 27: 461, 1980.
84. Parc R., Lévy E., Laigneau P., Malafosse M., Huguet C., et Loygue J.: *Le diagnostic précoce des péritonites post-opératoires pour désunion d'une anastomose digestive*. Problèmes de réanimation. Ed. Spel, Nancy, 1974, p. 239.

85. Parc R., Cugnenc P., Lévy E. et Loygue J.: *Suites opératoires précoces intestinales suivies d'anastomose colo-rectale. Manifestations cliniques et biologiques des complications anastomotiques. Déduction thérapeutique (523 cas).* Ann. Chir., 35: 69, 1981.
86. Perera S., Otero G., Deluca E., Bustamante J., Moreno J. y Ho'man D.: *Experiencia con mallas de materiales heterólogos como elementos sustitutivos de pared abdominal.* Rev. Argent. Cirug., 45: 55, 1983.
87. Polk H. C. and Fry D. E.: *Radical peritoneal debridement for established peritonitis. The results of a prospective randomised clinical trial.* Arch. Surg., 192: 350, 1980.
88. Rambo W. M.: *Irrigation of the peritoneal cavity with cephalotin.* Am. J. Surg., 123: 192, 1972.
89. Renvall S. and Niinikoski J.: *Intraperitoneal oxygen and carbon dioxide tensions in experimental adhesion disease and peritonitis.* Am. J. Surg., 130: 286, 1975.
90. Renvall S. Y.: *Peritoneal metabolism and intra-abdominal adhesions formation during experimental peritonitis.* Acta Chir. Scand., 503: 1, 1980.
91. Revhaug A.: *Secondary peritonitis. A balance between contamination and host defence mechanisms.* Scand. J. Gastroenterol., 19: 6, 1984.
92. Rimland D. and Hand W. L.: *Spontaneous peritonitis: a reappraisal.* Am. J. Med. Sci., 293: 285, 1987.
93. Robinson J. O.: *Surgical drainage: an historical perspective.* Br. J. Surg., 73: 442, 1986.
94. Rosato E. F., Oram-Smith J. C., Mullis W. F. and Rosato F. E.: *Peritoneal lavage treatment in experimental peritonitis.* Ann. Surg., 175: 384, 1972.
95. Rothenberger D. A., Quattlebaum F. W., Zabel J. and Fischer R. P.: *Diagnostic peritoneal lavage for blunt trauma in pregnant women.* Am. J. Obst. & Gyn., 129: 479, 1977.
96. Rubén R. A. and Chopra S.: *Bile peritonitis after liver biopsy: Non surgical management of a patient with an acute abdomen. A case report with review of the literature.* Am. J. Gastroenterol., 82: 265, 1987.
97. Schein M.: *Place of aspiration cytology and the acute abdomen.* Lancet, 1: 445, 1987.
98. Schumer W.: *Septic shock.* JAMA, 242: 1906, 1979.
99. Schwartz S., Shires G. T., Spencer S. C. y Storer E. M.: *Principios de cirugía.* 4ª Ed. McGraw-Hill Book Co., México, II: 1384, 1987.
100. Shapira S.C., Weiss D. B. and Jersky J.: *Quantitative peritoneal lavage in the assessment of intraperitoneal inflammatory processes.* Acta Chir. Scand., 148: 149, 1982.
101. Simmons R. L., Diggs J. W. and Sleeman H. K.: *Pathogenesis of peritonitis. III. Local adjuvant action of hemoglobin in experimental Escherichia coli peritonitis.* Surgery, 63: 810, 1968.
102. Simmons R. L. and Howard R. J.: *Surgical infections diseases.* Appleton-Century-Crofts, Ed. New York, 1982, p. 817.
103. Sindelar W. F. and Mason G. R.: *Intraperitoneal irrigation with povidone-iodine solution for the prevention of intra-abdominal abscesses in the bacterially contaminated abdomen.* Surg. Gyn. & Obst., 148: 409, 1979.
104. Skarstein A.: *The diagnosis of peritonitis.* Scand. J. Gastroenterol., 19: 16, 1984.
105. Skau T. and Tegner Y.: *Spontaneous peritonitis and rheumatoid arthritis. A case report.* Acta Chir. Scand., 152: 317, 1986.
106. Sleeman H. K., Diggs J. W., Hayes D. K. and Hammit H. F.: *Value of antibiotics, corticosteroids, and peritoneal lavage in the treatment of experimental peritonitis.* Surgery, 66: 1060, 1969.
107. Smith E. B.: *Adjuvant therapy of generalized peritonitis with intraperitoneally administered cephalotin.* Surg. Gyn. & Obst., 136: 441, 1973.
108. Stanley J. C. and Fry W. J.: *Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms.* Surgery, 76: 898, 1974.
109. Steinberg B.: *Infections of the peritoneum.* Hoeber Ed., New York, 1944, p. 36.
110. Steinberg D.: *On leaving the peritoneal cavity open in acute, generalized suppurative peritonitis.* Am. J. Surg., 137: 216, 1978.
111. Stone H. H. and Timothy C. F.: *Clinical comparison of antibiotic combinations in the treatment of peritonitis and related mixed aerobic-anaerobic surgical sepsis.* World. J. Surg., 4: 415, 1980.
112. Sunde S. S.: *Intensive care in peritonitis.* Scand. J. Gastroenterol., 19: 21, 1984.
113. Sutter V. I., Vargo V. L. y Finegold S. M.: *Manual de bacteriología anaeróbica.* Ed. Panamericana, México, 1978, pág. 33.
114. Taylor J. D., Carr-Locke D. L. and Fossard D. P.: *Bile peritonitis and hemobilia after percutaneous liver biopsy.* Am. J. Gastroenterol., 82: 262, 1987.
115. Teichmann W., Wittman D. H. and Andreone P. A.: *Scheduled reoperations (Etappenlavage) for diffuse peritonitis.* Arch. Surg., 121: 147, 1986.
116. The Lancet: *Open management of the septic abdomen.* 2: 138, 1986.
117. Townsend M. C., Hampton W. W., Haybron D. M., Schirmer W. J. and Fry D. E.: *Effective organ blood flow and bioenergy status in murine peritonitis.* Surgery, 100: 205, 1986.

118. Tsilibary E. C. and Wissig S. L.: *Absorption from the peritoneal cavity: SEM study of the mesothelium covering the peritoneal surface of the muscular portion of the diaphragm*. Am. J. Anat., 149: 127, 1977.
119. Vaughan V. C. y Behrman R. E.: *Tratado de pediatría*. 9ª Ed., Nueva Edit. Interamericana, México D. F., 1986, pág. 1022.
120. Verger C., Luger A., Moore H. and Nolph K. D.: *Acute change in peritoneal morphology and transport properties with infectious peritonitis and mechanical injury*. Kidney Int., 23: 823, 1983.
121. Vito L., Dennis R. C., Weisel R. D. and Hechtmen H. B.: *Sepsis presenting as acute respiratory insufficiency*. Surg., Gyn. & Obst., 138: 896, 1974.
122. Von Recklinghausen F. T.: *Zur Fettresorption*. Arch. Pathol. Anat., 26: 172, 1863.
123. Vrein C. E., Ohkuda K. and Staub N. C.: *Proportions of dog lymph in the thoracic and right lymph ducts*. J. Appl. Physiol., 43: 894, 1977.
124. Watters W. B. and Buck R. C.: *Scanning electron microscopy of mesothelial regeneration in the rat*. Lab. Invest., 26: 604, 1972.
125. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 410.
126. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 258.
127. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 62.
128. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 1.
129. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 36.
130. Wilson S. E., Finegold S. M. and Williams R. A.: *Intraabdominal infection*. McGraw-Hill Book Co., New York, 1982, p. 52.

INDICE DE LOS CONGRESOS ARGENTINOS DE CIRUGIA

I - TEMAS

A

TEMA	RELATOR	CONGRESO
<i>Abdomen agudo en el anciano</i>	Humberto Faraoni	LII-1981
<i>Absceso subfrénico</i>	Oscar J. Cames	XIII-1941
<i>Acción hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia</i>	E. B. del Castillo	XXV-1954
<i>Afecciones valvulares del corazón. Tratamiento quirúrgico</i>	F. E. Tricerri	XXV-1954
<i>Alimentación enteral y parenteral en cirugía</i>	José M. Basaluzzo	LIV-1983
<i>Amputaciones</i>	Juan A. De Paula	
	Enos P. Comolli	XXXIII-1962
	Francisco J. Nocito	
	Henry H. Kessler *	
<i>Anestesia endovenosa</i>	José C. Delorme	XIX-1948
<i>Anestesia peridural</i>	Alberto Gutiérrez	X-1938
<i>Aorta abdominal, Cirugía de la</i>	Hugo R. Mercado	XLI-1970
<i>Aorta torácica, Cirugía de la</i>	Mario M. J. Brea	XLI-1970
<i>Apendicitis. Complicaciones posoperatorias</i>	Pedro Chutro	II-1930
<i>Arteriopatías obstructivas crónicas de los miembros. Tratamiento</i>		
<i>Arteriopatías periféricas no oclusivas. Tratamiento</i>	Horacio A. Ferrando	XXXIV-1963
	Jorge Teme	XXXIV-1963
	Eduardo C. Palma *	
	E. Stanley Crawford *	
<i>Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera</i>	Julio Diez	XII-1940
<i>Artroplastias de cadera. Indicaciones, técnica y resultados</i>	L. Petracchi	XXIV-1953
<i>Avances en el tratamiento del "shock"</i>	Julio Baldi	LI-1980
	Miguel A. Jorge	

B

<i>Balace hidroelectrolítico en cirugía</i>	J. Nomaksteinsky	XXIX-1958
<i>Bocio exoftálmico</i>	Alfonso Ruiz Guiñazú	
	J. Arce	I-1928
<i>Bronquiectasias en el adulto</i>	Manuel Balado	
<i>Bronquiectasias en el niño</i>	Lázaro Langer	XX-1949
	J. M. Pelliza	XX-1949

C

<i>Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico</i>	Federico R. Pilheu	XL-1969
<i>Cáncer avanzado. Radiaciones</i>	Oriel Alva	XL-1969
<i>Cáncer avanzado. Drogas antineoplásicas</i>	Roberto A. Estévez	XL-1969
<i>Cáncer de esófago</i>	Juan Gil Mariño	XXXV-1964
	Julio C. Sánchez Pons	
<i>Cáncer de laringe</i>	C. Sylvestre Begnis	XXVI-1955

* Por invitación.

TEMA	RELATOR	CONGRESO
<i>Cáncer de laringe</i> (Roentgenterapia)	Luis M. Pons José Cataldo* Jaime del Sel* Pablo Haickel*	XXVI-1955
<i>Cáncer de la mama</i> . Estado actual del tratamiento	A. Caviglia J. C. Ahumada	II-1930
<i>Cáncer de mama</i>	E. P. Viacava	XXV-1954
<i>Cáncer de mama</i> . Roentgenterapia	Félix Leborgne*	XXV-1954
<i>Cáncer de la mama</i> . Estado actual del tratamiento	R. Varela Chilese	CXXVII-1966
<i>Cáncer del colon sigmoideo y del recto</i> . Tratamiento quirúrgico	Alberto E. Laurence	XXXVI-1965
<i>Cáncer del intestino grueso</i> (colon derecho y colon transverso)	Oscar Copello	III-1931
<i>Cáncer del intestino grueso con exclusión del recto</i>	A. Ceballos	III-1931
<i>Cáncer del pulmón</i> . Diagnóstico precoz y resultados operatorios	Mario M. Brea	XVIII-1947
<i>Cáncer gástrico</i> . Diagnóstico y tratamiento	José M. Mainetti	XXXVIII-1967
<i>Cáncer oral</i>	Héctor Jorge	XXXII-1961
<i>Cáncer rectal inoperable</i> . Tratamiento	Felipe Carranza	VIII-1936
<i>Cirugía abdominal en el paciente crítico</i>	Egon A. Mettler	LVIII-1987
<i>Cirugía colorrectal de urgencia</i>	Juan C. Milanese	LVI-1985
<i>Cirugía hepatobiliar</i> . Cuidados pre y posoperatorios	C. Velasco Suárez	XVI-1944
<i>Colecistitis litíásica y alitiásica</i> . Elección del tratamiento	R. E. Donovan	XII-1940
<i>Colitis ulcerosa crónica</i> . Tratamiento	A. G. Russo	XXX-1959
<i>Colitis ulcerosa inespecífica</i>	Norberto Quirno Seymour J. Gray*	XXX-1959
<i>Compresiones medulares no traumáticas</i>	R. J. Babini	XIV-1942
<i>Condiciones que debe reunir una institución donde se practique cirugía</i>	Juan V. Gurruchaga	XLVII-1976
<i>Coxa vara del adolescente</i>	Domingo Múscolo	XXI-1950
<i>Cirugía abdominal en paciente crítico</i>	Egon Mettler	LVIII-1987
D		
<i>Diabetes en cirugía</i>	R. Rodríguez Villegas	V-1933
<i>Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones</i> . Tratamiento	A. N. Canónico	XXIII-1952
E		
<i>Educación médica continuada y recertificación</i>	Luis V. Gutiérrez	LVII-1986
<i>Emplema del adulto</i>	V. Armand Ugon	VII-1935
<i>Empiema en el niño</i>	M. Ruiz Moreno	VII-1935
<i>Endoarteritis obliterante de los miembros</i>	Pedro O. Bolo	VI-1934
<i>Endocrinopatías quirúrgicas</i>	J. Reforzo Membrives J. Yoel T. J. Oñate E. P. Bagnati E. M. Quesada	XLVIII-1977
<i>Enfermedad tromboembólica venosa</i> (cirugía)	Rubén Siano Quirós	XLII-1971
<i>Enfermedades precancerosas del tubo digestivo</i>	Manuel R. Baro	LV-1984
<i>Enseñanza de la cirugía en el pregrado</i>	Jorge L. Berra	XLIII-1972
<i>Enseñanza de la cirugía en el graduado</i> . Su educación continua	Oscar L. Aguilar	XLIII-1972
<i>Enseñanza de la cirugía para graduados</i> . Residencias	José Spátola	XLIII-1972
<i>Enteroy colopatías vasculares</i>	Arturo Heidenreich	L-1976
<i>Escoliosis</i>	L. A. González	XXVIII-1957
<i>Esplenopatías quirúrgicas</i> (con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos)	Ignacio Ponseti*	
	Alejandro J. Pavlovsky Alfredo Pavlovsky	XXI-1950

* Por invitación.

TEMA	RELATOR	CONGRESO
<i>Estenosis mitral. Fisiopatogenia y clínica, desde el punto de vista clínico-quirúrgico</i>	A. C. Taquini	XXV-1954
<i>Estenosis aórtica y mitral. Tratamiento quirúrgico</i>	Robert P. Globet	XXV-1954
<i>Evaluación del riesgo quirúrgico</i>	Daniel A. Allende	L-1979
<i>Eventración posoperatoria. Tratamiento</i>	Domingo S. Babini Vicente Gutiérrez	XII-1940
F		
<i>Fístulas digestivas externas abdominales</i>	J. B. Carpanelli	XLVI-1975
<i>Flebotrombosis y tromboflebitis</i>	W. Suiffet	XX-1949
<i>Fractura de codo en el niño</i>	J. Alfredo Ferreira Rezende Puech	V-1933
<i>Fractura de la diáfisis femoral en el adulto. Tratamiento</i>	E. Finochietto	IV-1932
<i>Fractura de la diáfisis femoral en el niño</i>	R. Finochietto	
<i>Fractura del antebrazo en el adulto</i>	M. Gamboa	IV-1932
<i>Fractura del antebrazo en los niños. Tratamiento</i>	A. F. Landívar	III-1931
<i>Fractura de la pierna. Tratamiento</i>	M. Ruiz Moreno	III-1931
	E. H. Lagomarsino	XV-1943
	Antonio Caio de Amaral	
	Alberto Croquevielle	
	Conrado J. Rolando	
<i>Fractura del cuello del fémur</i>	Lelio Zeno	VI-1934
<i>Fracturas articulares. Tratamiento operatorio</i>	José M. Jorge	I-1928
<i>Fracturas de la garganta del pie y su tratamiento inmediato</i>	E. Cornejo Saravia	XI-1939
<i>Fracturas de codo en el adulto. Tratamiento</i>	N. Tagliavacche	V-1933
<i>Fracturas diafisarias. Tratamiento operatorio</i>	Artemio Zeno	I-1928
<i>Fracturas expuestas. Tratamiento</i>	Carlos E. Ottolenghi	XVII-1945
H		
<i>Hemorragias digestivas altas graves</i>	Vicente P. Gutiérrez	XLIV-1973
<i>Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal</i>	César A. de la Vega	XLIV-1973
<i>Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento</i>	Iván Gofí Moreno	XXII-1951
<i>Hepatectomías</i>	Juan A. Viaggio	LIV-1985
<i>Hernias diafragmáticas</i>	Jorge R. Defelitto	
<i>Hernias hiatales</i>	J. J. Boretti	XXIX-1958
	A. J. F. Cesanelli	
	Manuel A. Casal	LI-1980
	Juan J. Naveiro	
<i>Hernias recidivadas inguinales y crurales</i>	Carlos I. Allende	XIII-1941
<i>Hernias umbilicales recidivadas</i>	H. Taubenschlang	XIII-1941
<i>Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos</i>	E. Braun Menéndez	XIX-1948
<i>Hipertensión arterial. Tratamiento quirúrgico</i>	Aníbal Introzzi	XIX-1948
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento y resultados</i>	José A. Caeiro	XV-1943
	José Gutiérrez	
	Sebastián Hermeto	
	Alberto Covarrubias	
	Carlos Piquérez	
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento</i>	H. Perinetti	XXXIX-1968
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento por radioyodo</i>	Manuel Giner	XXXIX-1968
<i>Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)</i>	A. Didier	XXIX-1958
	O. Malvarez	
I		
<i>Ileus posoperatorio</i>	D. del Valle	V-1933
<i>Infecciones de la mano. Tratamiento</i>	Alberto Baraldi	IV-1932
	Bartolomé Calcagno	
<i>Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento</i>	Alberto Lagos García	XVIII-1947
<i>Infección quirúrgica</i>	Wolfgang Lange	XXXII-1961
	Marcelo J. Frigerio	
	Esteban M. Páez	
	Ignacio Pirofsky	

TEMA	RELATOR	CONGRESO
L		
<i>Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático</i>	Alfredo Negri	XXI-1950
<i>Lesiones quirúrgicas de las vías biliares</i>	Arturo E. Wilks Ricardo A. Berri	XLIX-1978
<i>Litiasis biliar. Complicaciones biliares posoperatorias alejadas</i>	A. Althabe	IV-1932
<i>Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias en las operaciones sobre las vías biliares</i>	E. Romagosa J. M. Allende	IV-1932
<i>Litiasis de la vía biliar principal</i>	Santiago G. Perera Fernando Magnanini Rodolfo Mazzariello	LII-1981
<i>Litiasis del colédoco. Tratamiento</i>	E. Blanco Acevedo P. L. Mirizzi	XI-1939
<i>Litiasis reno-ureteral</i>	B. Maraini	VIII-1938
<i>Lumbociáticas rebeldes</i>	G. H. Dickmann	XX-1949
<i>Luxación congénita de la cadera. 1ª infancia</i>	Agustín A. Salvati José E. Rivarola	XIX-1948
<i>Luxación congénita de la cadera. 2ª infancia, adolescencia y adultos</i>	José A. Piqué *	XIX-1948
M		
<i>Mal de Pott en el niño. Estado actual del tratamiento quirúrgico</i>	A. Rodríguez Egaña	II-1930
<i>Mal de Pott en el adulto. Estado actual del tratamiento quirúrgico</i>	R. E. Pasman	II-1930
<i>Mama. Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la</i>	Edgardo T. L. Bernardello	LV-1984
<i>Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios</i>	Eduardo Zancoli	XLI-1970
<i>Megasófago. Tratamiento quirúrgico</i>	R. C. Ferrari P. de Mattos Barretto	XXIII-1952
<i>Mioma uterino. Tratamiento</i>	A. J. Bengolea	III-1931
<i>Mioma uterino. Complicaciones</i>	S. Marino	III-1931
<i>Megacolon en el adulto</i>	E. J. Chambouleyron	XXXVII-1966
<i>Megacolon en el niño</i>	Horacio Aja Espil	XXXVII-1966
O		
<i>Oclusión intestinal aguda. Tratamiento</i>	Domingo Prat	V-1933
<i>Osteomielitis aguda y crónica en el niño. Tratamiento</i> ..	Guillermo Allende	VII-1935
<i>Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. Tratamiento</i> ..	P. Jáuregui	VII-1935
<i>Obstrucción intestinal aguda</i>	Julio V. Uriburu	XXXI-1960
<i>Obstrucción intestinal en el niño</i>	José E. Rivarola *	XXXI-1960
<i>Organización y funcionamiento de un Departamento de Cirugía</i>	Eduardo R. Trigo	XLV-1974
P		
<i>Pancreatitis aguda. Etiopatogenia y fisiopatología</i>	C. A. Sosa Gallardo	XLVI-1975
<i>Pancreatitis aguda. Consideraciones clínicas y terapéuticas</i> ..	O. F. Longo	XLVI-1975
<i>Pancreatitis aguda. Etiología. Patogenia</i>	W. Tejerina Fotheringham	XIV-1942
<i>Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento</i>	A. J. Pavlovsky	XIV-1942

* Por invitación.

TEMA	RELATOR	CONGRESO
<i>Pancreatitis crónica</i>	Clemente J. Morel	XXXIII-1962
<i>Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores</i>	Rodolfo A. Rivarola	I-1928
<i>Parálisis obstétrica</i>	O. Malvarez	XXIX-1958
<i>Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto</i> ..	Roberto A. Garriz	XL-1969
<i>Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el niño</i> ...	Sebastián A. Rosasco Palau	XL-1969
<i>Peritonitis</i>	Narciso Hernández	XLVIII-1977
<i>Peritonitis</i>	Luis Gramática	LIX-1988
<i>Pie plano (en el niño)</i>	Victor Ruiz Moreno	XXVI-1955
<i>Pie plano (en el adulto)</i>	José Manuel del Sel	XXVI-1955
<i>Pie varo equino congénito. Tratamiento</i>	M. R. Llambías	XXVII-1956
<i>Precáncer del recto y tratamiento quirúrgico del cáncer de recto</i>	G. Zorraquín	VIII-1936
<i>Prolapso genital en la mujer. Tratamiento</i>	E. Nicholson	XVI-1944
Q		
<i>Quemaduras. Secuelas</i>	Lelio Zeno	XVII-1945
<i>Quemaduras. Tratamiento</i>	José M. Delrío	XVII-1945
<i>Quimioterapia en cirugía</i>	A. A. Covaro	XV-1943
<i>Quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Tratamiento</i>	J. C. Casiraghi	XXX-1959
<i>Quistes hidatídicos del pulmón. Tratamiento</i>	J. E. Cendan Alfonso *	
	O. Ivanissevich	X-1938
R		
<i>Raquiánestesia</i>	A. V. Sacco	X-1938
	L. Vargas Salcede	
<i>Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama</i>	Edgardo T. L. Bernardello	LV-1984
<i>Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal</i>		
Complicaciones mecánicas	Francisco Loyúdice	XXXV-1964
Complicaciones inflamatorias	Jorge Sánchez Zimny	XXXV-1964
Complicaciones hemorrágicas	Juan A. Sugasti	XXXV-1964
<i>Resecciones oncológicas. Magnitud de las</i>		
Introducción	Manuel Riveros	XLV-1974
Cabeza y cuello	Víctor E. Argonz	XLV-1974
Tórax	Eduardo Schiepati	XLV-1974
Tubo digestivo abdominal	Jorge A. Ferreira	XLV-1974
Ginecología	Leoncio A. Arrighi	XLV-1974
Mama	Enrique N. Centeno	XLV-1974
Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	José J. Terz y H. Pablo Curutchet	XLV-1974
<i>Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones</i>	Florentino A. Sanguinetti	LIX-1988
	Alfredo Martínez Marull	
S		
<i>Secuelas de fracturas de la epífisis femoral superior. Tratamiento</i>	José A. Piqué	XXXII-1961
<i>Secuelas de la cirugía gastroduodenal</i>	Jorge H. Deschamps	LIII-1982
<i>Sepsis y cirugía</i>	Aldo O. F. de Paula	
	Enrique J. Libonatti	XLIX-1978
	Enrique M. Beveraggi	
	Roberto Padrón	
<i>Seudoartrosis. Tratamiento</i>	Oscar R. Maróttoli	XVIII-1947
<i>"Shock" quirúrgico</i>	Jorge Manrique	XXXIII-1962
<i>Síndrome cérvicobraquial</i>	Enrique Acevedo Davenport *	
	G. F. Cottini	XXVIII-1957
<i>Síndrome poscolectectomía</i>	J. C. Christensen	
	Miguel A. Figueroa	XXXVI-1965

* Por invitación.

TEMA	RELATOR	CONGRESO
<i>Suficiencia hepática en la cirugía de las vías biliares e hígado</i>	O. F. Mazzini	IX-1937
<i>Sulfamidoterapia. Conceptos biológicos</i>	Carlos A. Correas	IX-1937
<i>Supuraciones no tuberculosas del pulmón</i>	H. García Lagos	VI-1934
<i>Supuraciones pulmonares no tuberculosas. Tratamiento quirúrgico</i>	A. Ceballos	VI-1934
T		
<i>Terapia intensiva. Organización y funcionamiento</i>	Gerardo A. Lorenzino	XLIV-1973
<i>Tórax agudo quirúrgico no traumático</i>	Carlos E. Rubianes	XXXVIII-1967
<i>Tórax agudo quirúrgico no traumático. Fisiopatología</i> ...	Oscar A. Vaccarezza	XXXVIII-1967
<i>Tórax agudo traumático</i>	Aquiles J. Roncoroni	LIII-1982
	Miguel A. Gómez	
	Edgardo E. Rhodius	
<i>Tratamiento multidisciplinario del dolor. Indicaciones y resultados</i> ..	Oreste L. Ceraso	LVIII-1987
<i>Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas</i> ...	Juan C. Olaciregui	XLIII-1972
<i>Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer del tubo digestivo abdominal</i>	Oswaldo H. Mammoni	LVII-1986
<i>Traumatismos craneanos y sus secuelas. Tratamiento</i>	M. Balado	VII-1935
	J. Arce	
	Oswaldo Loudet	
<i>Traumatismos del abdomen</i>	Antonio Couceiro	XLVII-1976
	Ernesto Katz	
<i>Traumatismos de la mano. Tratamiento</i>	J. E. Valls	XXIII-1952
<i>Traumatismos de las manos y de los dedos. Secuelas</i> ...	I. Gebauer W.	XXIII-1952
	Guy Pulvertaft *	
<i>Traumatismos de meniscos, ligamentos cruzados y laterales de la rodilla</i>	José Valls	XIII-1941
<i>Traumatismos en la columna vertebral</i>	Marcelo Fitte	IX-1937
<i>Traumatismos en la columna vertebral. Lesiones medulocerebrales</i>	A. F. Camatier	IX-1937
<i>Traumatismos del carpo. Tratamiento</i>	J. A. Sgrosso	XVI-1944
<i>Traumatismos del hombro. Secuelas</i>	Rodolfo Ferré	XXII-1951
	Jorge Briones	
	Ricardo Caritat	
	Enrique Castaño	XVII-1945
	A. Trabucco	
<i>Traumatismos del riñón</i>	Héctor Dal Lago	XXXI-1960
<i>Traumatismos graves combinados en los accidentes de carreteras</i>	Raúl Velasco	XXXI-1960
<i>Traumatismos graves combinados en los accidentes de carreteras. Lesiones torácicas y abdominales</i>	Fortunato Benaim	XXXI-1960
<i>Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Quemaduras</i>	Salvador Viale	XXXI-1960
<i>Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Sistema nervioso</i>	O. Vaccarezza	XIV-1942
<i>Traumatismos torácicos</i>	J. L. Molinari *	VIII-1936
<i>Tuberculosis genital. Fisioterapia</i>	B. Galindez	VIII-1936
<i>Tuberculosis genital en la mujer. Tratamiento</i>	L. A. Surraco	VIII-1936
<i>Tuberculosis genital en el hombre. Tratamiento</i>	Cuillermo Allende	XXV-1954
<i>Tuberculosis osteoarticular en el adulto</i>	I. Castillo Odena	XXV-1954
<i>Tuberculosis osteoarticular en el niño</i>	A. N. Bracco	XXVII-1956
<i>Tuberculosis pulmonar. Tratamiento quirúrgico</i>	A. A. Santas	
	K. Herrero Ducloux	XXVII-1956
	S. Gorostiague	XXVIII-1957
<i>Tumores de parótida</i>	Andrés Bianchi	XXVIII-1957
<i>Tumores del intestino delgado y del mesenterio</i>	Jorge Lavisse	XXVIII-1957
<i>Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Anatomía patológica</i>	José L. Martínez	XXXI-1960
<i>Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Radiología</i>	Luis D. Podestá	
<i>Tumores del mediastino</i>	J. Moroni	XXXIX-1968
<i>Tumores del páncreas</i>	Enrique A. Sivori	LVI-1985
<i>Tumores endocrinos del aparato digestivo</i>	F. Schajowicz	XXX-1959
<i>Tumores malignos de los huesos. Anatomía patológica</i> ...	F. Oleaga Alarcón	XXX-1959
<i>Tumores malignos de los huesos. Cirugía</i>	A. Lemos Ibáñez	XXX-1959
<i>Tumores malignos de los huesos. Radioterapia</i>	J. Manfredi	XXIV-1953
<i>Tumores malignos de tiroides</i>	H. Cole *	

* Por invitación.

<i>Tumores malignos primitivos de los huesos. Clasificación y diagnóstico anatomopatológico</i>	D. Brachetto Brian	X-1938
<i>Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico</i> .	Oscar Copello	X-1938
<i>Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnostico radiológico</i>	José Guardado	X-1938
<i>Tumores retroperitoneales con exclusión de los renales</i> ..	J. Michans	XXIV-1953

U

<i>Úlcera de duodeno. Tratamiento</i>	Benedicto Montenegro	IX-1937
<i>Úlcera gástrica. Tratamiento</i>	Oscar Gómez	
<i>Úlcera gástrica. Estado actual del tratamiento quirúrgico</i>	Roberto Solé	II-1930
<i>Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico</i>	Adolfo M. Rey	XXXIV-1963
<i>Úlcera péptica posoperatoria</i>	M. M. Ramos Mejía	XXXIV-1963
	Eliseo Otaiza Molina *	
	F. E. Christmann	XXII-1951
	Enrico Branco Ribeiro	
	Manuel Martínez M.	
	N. Foster Montgomery	
	Juan Carlos de Chiara	

V

<i>Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal</i>	Horacio Achával Ayerza	XLII-1971
<i>Várices del miembro inferior. Tratamiento</i>	Eduardo L. Vila	XI-1939
<i>Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo</i> ...	J. J. Puente	XI-1939
<i>Vías de abordaje al abdomen superior</i>	Diego E. Zavaleta	XXVI-1955

* Por invitación

II - RELATORES

A

<i>Acevedo Davenport * Enrique.</i> — "Shock" quirúrgico	XXXIII-1962
<i>Achával Ayerza H.</i> — Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal	XLII-1971
<i>Aguilar O. L.</i> — Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua	XLIII-1972
<i>Ahumada J. C.</i> — Cáncer de mama	II-1930
<i>Aja Espil H.</i> — Megacolon en el niño	XXVII-1966
<i>Alva Oriel</i> — Cáncer avanzado. Radiaciones	XL-1969
<i>Althabe A.</i> — Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias alejadas ...	IV-1932
<i>Allende C. I.</i> — Hernias recidivadas, inguinales y crurales	XIII-1941
<i>Allende D. A.</i> — Evaluación del riesgo quirúrgico. Parte general	L-1979
<i>Allende G.</i> — Osteomielitis aguda y crónica	VII-1935
<i>Allende G.</i> — Tuberculosis osteoarticular en el niño	XXV-1954
<i>Allende J. M.</i> — Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
<i>Amaral A. C. de</i> — Fractura de la pierna. Tratamiento	XV-1943
<i>Arce J.</i> — Bocio exoftálmico	I-1928
<i>Arce J.</i> — Traumatismos craneanos y sus secuelas. Tratamiento	VII-1935
<i>Argonz V. E.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Cabeza y cuello	XLV-1974
<i>Arnando Ugon V.</i> — Empiema del adulto	XLV-1974
<i>Arrighi L. A.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Ginecología	XLV-1974

B

<i>Babini D. S.</i> — Evaluación del riesgo quirúrgico. Cirugía torácica	L-1979
<i>Babini R. J.</i> — Compresiones medulares no traumáticas	XIV-1942
<i>Bagnati E. P.</i> — Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
<i>Balado M.</i> — Bocio exoftálmico	I-1928
<i>Balado M.</i> — Traumatismos craneanos y sus secuelas. Tratamiento ..	VII-1935
<i>Baldi J.</i> — Avances en el tratamiento del "shock"	LI-1980
<i>Baraldi A.</i> — Infecciones de la mano	IV-1932
<i>Baro M. R.</i> — Enfermedades precancerosas del tubo digestivo	LV-1984
<i>Basaluzzo J. M.</i> — Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LIV-1983
<i>Benaim F.</i> — Traumatismos graves combinados en los accidentes de ca- retera. Quemaduras	XXXI-1960
<i>Bengolea A. J.</i> — Mioma uterino	III-1931
<i>Bermúdez Oscar</i> — Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
<i>Bernardello E. T. L.</i> — Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama	LV-1984
<i>Berra J. L.</i> — Enseñanza de la cirugía en el pregrado	XLIII-1972
<i>Berri R. A.</i> — Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	XLIX-1978
<i>Beveraggi E. M.</i> — Sepsis y cirugía. Aspectos clínico-quirúrgicos	XLIX-1978
<i>Bianchi Andrés</i> — Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Ana- tomía patológica	XXVIII-1957
<i>Blanco Acevedo E.</i> — Litiasis del colédoco	XI-1939
<i>Bolo P. O.</i> — Endoarteritis obliterante de los miembros	VI-1934
<i>Boretti J. J.</i> — Hernias diafragmáticas	XXIX-1958
<i>Bracco A. N.</i> — Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar ..	XXVII-1956
<i>Brachetto Brian D.</i> — Tumores malignos primitivos de los huesos. Cla- sificación y diagnóstico anatomopatológico	XIX-1938
<i>Branco Ribeiro Enrico</i> — Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
<i>Braun Menéndez E.</i> — Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos	XIX-1948
<i>Brea Mario M.</i> — Cáncer del pulmón. Diagnóstico precoz y resultados operatorios	XVIII-1947
<i>Brea Mario M.</i> — Aorta torácica, cirugía de la	XLI-1970
<i>Briones J.</i> — Traumatismos del hombro. Secuelas	XXII-1951

* Por invitación.

C

<i>Caeiro J. A.</i> — Hipertiroidismo	XV-1943
<i>Calcagno B.</i> — Infecciones de la mano	IV-1932
<i>Camaiuer A.</i> — Traumatismos de columna vertebral. Lesiones medulocéfálicas	IX-1937
<i>Cames O.</i> — Absceso subfrénico	XIII-1941
<i>Canónico A. N.</i> — Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones. Tratamiento	XXIII-1952
<i>Caritat R.</i> — Traumatismo del hombro. Secuelas	XXII-1951
<i>Carpanelli J. B.</i> — Fístulas digestivas externas abdominales	XLVI-1975
<i>Carranza F.</i> — Cáncer del recto inoperable	VIII-1936
<i>Casal M. A.</i> — Hernias hiatales	LI-1980
<i>Casiraghi J. C.</i> — Quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1959
<i>Castaño E.</i> — Traumatismos del riñón	XVII-1945
<i>Castillo Odena I.</i> — Tuberculosis osteoarticular en el niño	XXV-1954
<i>Cataldo J.º</i> — Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
<i>Caviglia A.</i> — Cáncer de la mama	II-1930
<i>Ceballos A.</i> — Cáncer de intestino grueso (recto excluido)	III-1931
<i>Ceballos A.</i> — Supuraciones pulmonares no tuberculosas	VI-1934
<i>Centeno E. N.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Mama	XLV-1974
<i>Cendan Alfonso J. E.º</i> — Quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1959
<i>Ceraso O. L.</i> — Tratamiento multidisciplinario del dolor. Indicaciones y resultados	LVIII-1987
<i>Cesanelli A. J.</i> — Hernias diafrágicas	XXIX-1958
<i>Comolli E. P.</i> — Amputaciones	XXXIII-1962
<i>Copello O.</i> — Cáncer de colon derecho y transversal	III-1931
<i>Copello O.</i> — Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico clínico	X-1938
<i>Cornejo Saravia E.</i> — Fracturas de la garganta del pie	XI-1939
<i>Correas C. A.</i> — Sulfamidoterapia. Concepto biológico	XV-1937
<i>Cottini G. F.</i> — Síndrome cervicobraquial	XXVIII-1957
<i>Couceiro A.</i> — Traumatismo del abdomen	XLVII-1976
<i>Covaro A. A.</i> — Quimioterapia en cirugía	XV-1943
<i>Covarrubias A.</i> — Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
<i>Croquevielle A.</i> — Fractura de la pierna	XV-1943
<i>Curutchet H. P.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	XLV-1974

CH

<i>Chambouleyron E. J.</i> — Megacolon en el adulto	XXXVII-1966
<i>Chiara Juan C. de</i> — Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
<i>Christensen J. C.</i> — Síndrome cervicobraquial	XXVIII-1957
<i>Christmann F. E.</i> — Úlcera péptica posoperatoria. Tratamiento	XXII-1951
<i>Chutro P.</i> — Apendicitis. Complicaciones posoperatorias	II-1930

D

<i>Dal Lago H.</i> — Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera	XXXI-1960
<i>De La Vega C. A.</i> — Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal	XLIV-1973
<i>Defelitto J. R.</i> — Hepatectomías	LIV-1983
<i>Del Castillo E. B.</i> — Acción hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia	XXV-1954
<i>Delorme J. C.</i> — Anestesia endovenosa	XIX-1948
<i>Delrío J. M. A.</i> — Quemaduras. Tratamiento	XVII-1945
<i>Del Sel J.</i> — Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
<i>Del Sel J. M.</i> — Pie plano (en el adulto)	XXVI-1955
<i>Del Valle D.</i> — Ileus posoperatorio	V-1933
<i>De Paula A. O. F.</i> — Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
<i>De Paula J. A.</i> — Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LIV-1983
<i>Deschamps J. H.</i> — Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
<i>Dickmann G. H.</i> — Lumbociáticas rebeldes	XX-1949

* Por invitación.

<i>Didier A.</i> — Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)	XXIX-1958
<i>Diez J.</i> — Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera	XII-1940
<i>Donovan R.</i> — Colecistitis. Litiásica y alitiásica	XII-1940

E

<i>Estévez R. A.</i> — Cáncer avanzado. Drogas antineoplásicas	XL-1969
--	---------

F

<i>Faraoni H.</i> — Abdomen agudo en el anciano	LII-1981
<i>Ferrando H. A.</i> — Arteriopatías obstructivas crónicas de los miembros. Tratamiento	XXXIV-1963
<i>Ferrari R. C.</i> — Megaesófago. Tratamiento quirúrgico	XXIII-1952
<i>Ferré R. L.</i> — Traumatismos del hombro. Secuelas	XXII-1951
<i>Ferreira J. A.</i> — Flebotrombosis y tromboflebitis	XX-1949
<i>Ferreira J. A.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Tubo diges- tivo abdominal	XLV-1974
<i>Figueroa M. A.</i> — Síndrome poscolecistectomía	XXXVI-1965
<i>Finochietto E.</i> — Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
<i>Finochietto R.</i> — Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
<i>Fitte M.</i> — Traumatismos de columna vertebral	IX-1937
<i>Foster Montgomery W.</i> — Ulcera péptica posoperatoria.	XXII-1951
<i>Frigerio M. J.</i> — Infección quirúrgica	XXXII-1961

G

<i>Galíndez B.</i> — Tuberculosis genital de la mujer	VIII-1936
<i>Gamboa M.</i> — Fractura de diáfisis femoral en el niño	IV-1932
<i>García Lagos H.</i> — Supuraciones no tuberculosas del pulmón	VI-1934
<i>Garriz R. A.</i> — Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto	XL-1969
<i>Gebauer W. T.</i> — Traumatismos de la mano y de los dedos. Secuelas	XXIII-1952
<i>Gil Mariño J.</i> — Cáncer de esófago	XXXV-1964
<i>Giner M.</i> — Hipertiroidismo. Tratamiento por radioyodo	XXXIX-1968
<i>Gómez M. A.</i> — Tórax agudo traumático	LIII-1982
<i>Gómez O.</i> — Ulcera de duodeno. Tratamiento	IX-1937
<i>González L. A.</i> — Escoliosis	XXVIII-1957
<i>Goñi Moreno I.</i> — Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
<i>Gorostague S.</i> — Tumores del intestino delgado y mesenterio	XXVIII-1957
<i>Gramática L.</i> — Peritonitis	LIX-1988
<i>Gray Seymour J.*</i> — Colitis ulcerosa	XXX-1959
<i>Guardado J.</i> — Tumores malignos primitivos de los huesos. Radioterapia	X-1938
<i>Gurruchaga J. V.</i> — Condiciones que debe reunir una institución donde se practica cirugía	XLVII-1976
<i>Gutiérrez A.</i> — Anestesia peridural	X-1938
<i>Gutiérrez J.</i> — Hipertiroidismo. Radioterapia	XV-1943
<i>Gutiérrez L. V.</i> — Educación médica continuada y recertificación	LVII-1986
<i>Gutiérrez V.</i> — Eventración posoperatoria. Tratamiento	XII-1940
<i>Gutiérrez V. P.</i> — Hemorragias digestivas altas graves	XLIV-1973

H

<i>Haickel P.*</i> — Cáncer de laringe (Roentgenerapia)	XXVI-1955
<i>Heidenreich A.</i> — Entero y colopatías vasculares	L-1979
<i>Hermeto S.</i> — Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
<i>Hernández N.</i> — Peritonitis	XLVIII-1977
<i>Herrero Ducloux K.</i> — Tumores de parótida	XXVII-1956

* Por invitación.

I

- Introzzi A. S.* — Hipertensión arterial. Tratamiento quirúrgico XIX-1948
Ivanissevich O. — Quistes hidatídicos de pulmón. Tratamiento X-1938

J

- Jáuregui P.* — Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. Tratamiento .. VII-1935
Jorge H. — Cáncer oral XXXII-1961
Jorge J. M. — Fracturas articulares. Tratamiento operatorio I-1928
Jorge M. A. — Avances en el tratamiento del "shock" LI-1980

K

- Katz E.* — Traumatismos del abdomen XLVII-1976

L

- Lagomarsino E. H.* — Fractura de la pierna XV-1943
Lagos García A. — Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento XVIII-1947
Landívar A. — Fractura del antebrazo en el adulto III-1931
Lange W. G. — Infección quirúrgica XXXII-1961
Langer L. — Bronquiectasias en el adulto XX-1949
Laurence A. E. — Cáncer del colon sigmoideo y del recto. Tratamiento quirúrgico XXXVI-1965
Lavisse J. — Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Radiología XXVIII-1957
Leborgne F.° — Cáncer de mama. Roentgenterapia XXV-1954
Lemos Ibáñez A. — Tumores malignos de los huesos. Radioterapia XXX-1959
Libonatti E. J. — Sepsis y cirugía. Bacteriología y parte general XLIX-1978
Longo O. F. — Pancreatitis aguda XLVI-1975
Lorenzino G. A. — Terapia intensiva. Organización y funcionamiento . XLIV-1973
Loudet O. — Traumatismos craneanos, secuelas psíquicas y problemas médico-legales VII-1935
Loyúdice F. — Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Complicaciones mecánicas XXXV-1964

LL

- Llambías M. R.* — Pie varo equino congénito XXVII-1956

M

- Magnanini F.* — Litiasis de la vía biliar principal LII-1981
Mainetti J. M. — Cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento XXXVIII-1967
Malvarez O. — Parálisis obstétrica XXIX-1958
Mammoni O. H. — Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer del tubo digestivo LVII-1986
Manfredi F. J. — Tumores malignos de tiroides XXIV-1953
Manrique J. — "Shock" quirúrgico XXXIII-1962
Maraini B. — Litiasis reno-ureteral VIII-1936
Marino S. — Mioma uterino. Complicaciones III-1931
Maróttoli O. R. — Seudoartrosis. Tratamiento XVIII-1947
Martínez J. L. — Tumores del mediastino XXXI-1960
Martínez Marull A. — Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones LIX-1988

* Por invitación.

<i>Martínez M. M.</i> — Ulcera péptica posoperatoria	XXII-1951
<i>Maturana G.</i> — Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento ...	XXII-1951
<i>Mattos Barretto P. de</i> — Megaesófago. Tratamiento	XXIII-1952
<i>Mazzariello R.</i> — Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
<i>Mazzini O.</i> — Suficiencia hepática en la cirugía del hígado y vías biliares	IX-1937
<i>Mercado Hugo R.</i> — Aorta abdominal, cirugía de la	XLI-1970
<i>Mettler E.</i> — Cirugía abdominal en el paciente crítico	LVIII-1987
<i>Michans J.</i> — Tumores retroperitoneales, con exclusión de los renales ..	XXIV-1953
<i>Milanesi J. C.</i> — Cirugía colorrectal de urgencia	LVI-1985
<i>Mirizzi P. L.</i> — Litiasis de colédoco. Tratamiento	XI-1939
<i>Molinari J. L.*</i> — Tuberculosis genital. Fisioterapia	VIII-1936
<i>Montenegro B.</i> — Ulcera de duodeno. Tratamiento	IX-1937
<i>Morel C.</i> — Pancreatitis crónica	XXXIII-1962
<i>Moroni J.</i> — Tumores del páncreas	XXXIX-1968
<i>Múscolo D.</i> — Coxa-vara del adolescente	XXI-1950

N

<i>Naveiro J. J.</i> — Hernias hiatales	LI-1980
<i>Negri A.</i> — Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático	XXI-1950
<i>Nicholson E.</i> — Prolapso genital de la mujer	XVI-1944
<i>Nocito F. J.</i> — Amputaciones	XXXIII-1962
<i>Nomaksteinsky J.</i> — Balance hidroelectrolítico en cirugía	XXIX-1958

O

<i>Olaciregui J. C.</i> — Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas	XLIII-1972
<i>Oleaga Alarcón F.</i> — Tumores malignos de los huesos	XXX-1959
<i>Oñate T. J.</i> — Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
<i>Otaiza Molina E.*</i> — Ulcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento	XXXIV-1963
<i>Ottolenghi C. E.</i> — Fracturas expuestas. Tratamiento	XVII-1945

P

<i>Padrón R. A.</i> — Sepsis y cirugía. Características en un área de cuidados intensivos	XLIX-1978
<i>Páez E. M.</i> — Infección quirúrgica	XXXII-1961
<i>Palma E. C.*</i> — Arteriopatías periféricas. Tratamiento	XXXIV-1963
<i>Pasman R. E.</i> — Mal de Pott. Tratamiento quirúrgico	II-1930
<i>Pavlovsky A.</i> — Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento	XIV-1942
<i>Pavlovsky A.</i> — Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos	XXI-1950
<i>Pavlovsky A. J.</i> — Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos	XXI-1950
<i>Pelliza J. M.</i> — Bronquiectasias en el niño	XX-1949
<i>Perera S. G.</i> — Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
<i>Perinetti H.</i> — Hipertiroidismo. Tratamiento	XXXIX-1968
<i>Petracchi L.</i> — Artroplastias de cadera. Indicaciones técnicas y resultados	XXIV-1953
<i>Pilheu F. R.</i> — Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico	XL-1969
<i>Piqué J. A.*</i> — Luxación congénita de la cadera	XIX-1948
<i>Piqué J. A.</i> — Secuelas de fracturas de la epifisis femoral superior. Tratamiento	XXXII-1961
<i>Piquerez C.</i> — Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
<i>Pirosky I.</i> — Infección quirúrgica	XXVI-1955
<i>Podestá D.</i> — Tumores del mediastino	XXXI-1960
<i>Pons L. M.</i> — Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955

* Por invitación.

<i>Ponseti I.</i> ° — Escoliosis	XXVIII-1957
<i>Prat D.</i> — Oclusión intestinal aguda. Tratamiento	V-1933
<i>Puente J. J.</i> — Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo ..	XI-1939
<i>Pulvertaft G.</i> ° — Traumatismos de las manos y de los dedos. Secuelas ..	XXIII-1952

Q

<i>Quesada E. M.</i> — Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
<i>Quirno N.</i> ° — Colitis ulcerosa inespecífica. Tratamiento	XXX-1959

R

<i>Ramos Mejía M. M.</i> — Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico	XXXIV-1963
<i>Reforzo Membrives J.</i> — Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
<i>Rey A. M.</i> — Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento quirúrgico	XXXIV-1963
<i>Rezende Puech</i> — Fractura de codo en el niño	V-1933
<i>Rhodiús E. E.</i> — Tórax agudo traumático	LIII-1982
<i>Rivarola J. E.</i> — Luxación congénita de la cadera, 2ª infancia, adolescencia y adultos	XIX-1948
<i>Rivarola J. E.</i> ° — Obstrucción intestinal aguda en el niño	XXXI-1960
<i>Rivarola R. A.</i> — Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores ..	I-1928
<i>Riveros M.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Introducción ..	XLV-1974
<i>Rodríguez Egaña A.</i> — Mal de Pott en el niño. Tratamiento quirúrgico ..	II-1930
<i>Rodríguez Villegas R.</i> — Diabetes en cirugía	V-1933
<i>Rolando Conrado J.</i> — Fractura de la pierna	X-1943
<i>Romagosa E.</i> — Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
<i>Roncoroni A. J.</i> — Tórax agudo quirúrgico no traumático, fisiopatología ..	XXXVIII-1967
<i>Rosasco Palau S. A.</i> — Patología anorrectal no maligna en el niño	XL-1969
<i>Rubianes C. E.</i> — Terapia intensiva. Organización y funcionamiento ..	XLIV-1973
<i>Ruiz Guñazú A.</i> — Balance hidroelectrolítico en cirugía	XXIX-1958
<i>Ruiz Moreno M.</i> — Fractura del antebrazo en el niño	III-1931
<i>Ruiz Moreno M.</i> — Empiema en el niño	VII-1935
<i>Ruiz Moreno V.</i> — Pie plano (en el niño)	XXVI-1955
<i>Russo A. G.</i> — Colitis ulcerosa crónica. Tratamiento	XXX-1959

S

<i>Sacco A. V.</i> — Raquianestesia	X-1938
<i>Salvatti A. A.</i> — Luxación congénita de la cadera, 1ª infancia	XIX-1948
<i>Sánchez Pons J. C.</i> — Cáncer de esófago	XXXV-1964
<i>Sánchez Zinny J.</i> — Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Complicaciones inflamatorias	XXXV-1964
<i>Sanguinetti F. A.</i> — Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones	LIX-1988
<i>Santas A. A.</i> — Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar ..	XXVII-1956
<i>Schajowicz F.</i> — Tumores malignos de los huesos. Anatomía patológica ..	XXX-1959
<i>Schieppati E.</i> — Magnitud de las resecciones oncológicas. Tórax	XLV-1974
<i>Sgrosso J. A.</i> — Traumatismos del carpo. Tratamiento	XVI-1944
<i>Siano Quirós R.</i> — Enfermedad tromboembólica venosa (cirugía)	XLII-1971
<i>Sívori E. A.</i> — Tumores endocrinos del aparato digestivo	LVI-1985

Solé R. — Ulcera gástrica. Tratamiento	II-1930
<i>Sosa Gallardo C. A. — Pancreatitis aguda</i>	XLVI-1975
<i>Spatola J. — Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias</i>	XLIII-1972
<i>Sugasti J. A. — Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Complicaciones hemorrágicas</i>	XXXV-1964
<i>Suiffet W. — Flebotrombosis y tromboflebitis</i>	XX-1949
<i>Surraco L. A. — Tuberculosis genital en el hombre</i>	VIII-1936
<i>Sylvestre Begnis C. — Cáncer de laringe</i>	XXVI-1955

T

<i>Tagliavacche N. — Fractura del codo en el adulto</i>	V-1933
<i>Taquini A. C. — Fisiopatología y clínica de la estenosis mitral desde el punto de vista clínicoquirúrgico</i>	XXV-1954
<i>Taubenschlag H. — Hernias umbilicales recidivadas</i>	XIII-1941
<i>Tejerina Fotheringham W. — Pancreatitis aguda. Etiología y patogenia</i>	XIV-1942
<i>Teme J. — Arteriopatías periféricas no oclusivas. Tratamiento</i>	XXXIV-1963
<i>Terz J. J. — Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto</i>	XLV-1974
<i>Trabucco A. — Traumatismos del riñón</i>	XVII-1945
<i>Tricerrí F. E. — Afecciones valvulares del corazón</i>	XXV-1954
<i>Trigo E. R. — Organización y funcionamiento de un departamento de cirugía</i>	XLV-1974

U

<i>Uriburu J. V. — Obstrucción intestinal aguda</i>	XXXI-1960
---	-----------

V

<i>Vaccarezza O. A. — Traumatismos torácicos</i>	XIV-1942
<i>Vaccarezza O. A. — Tórax agudo quirúrgico no traumático</i>	XXXVIII-1967
<i>Valls J. E. — Traumatismos de meniscos, ligamentos cruzados y laterales de rodilla</i>	XIII-1941
<i>Valls J. E. — Traumatismos de la mano. Tratamiento</i>	XXIII-1952
<i>Varela Chilense R. — Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento</i>	XXXVII-1966
<i>Vargas Salcedo R. — Raquianestesia</i>	X-1938
<i>Velasco R. — Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Lesiones torácicas y abdominales</i>	XXXI-1960
<i>Velasco Suárez C. — Cirugía hepatobiliar. Cuidados pre y posoperatorios</i>	XVI-1944
<i>Viacava E. P. — Cáncer de mama</i>	XXV-1954
<i>Viaggio J. A. — Hepatectomías</i>	LIV-1983
<i>Viale S. — Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Sistema nervioso</i>	XXXI-1960
<i>Vila E. — Várices del miembro inferior. Tratamiento</i>	XI-1939

W

- Wicks A. E. — Lesiones quirúrgicas de las vías biliares XLIX-1973

Y

- Yoel J. — Endocrinopatías quirúrgicas XLVIII-1977

Z

- Zancolli E. — Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios XLI-1970
- Zavaleta D. E. — Vías de abordaje al abdomen superior XXVI-1955
- Zeno A. — Fracturas diafisarias. Tratamiento operatorio I-1928
- Zeno L. — Fractura del cuello del fémur VI-1934
- Zeno L. — Quemaduras. Secuelas XVII-1945
- Zorraquín G. — Precáncer y cáncer de recto VIII-1936

Queda hecho el depósito que previene la ley N° 11.723

© **ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA**

Buenos Aires, 1988

IMPRESO EN ARGENTINA

PRINTED IN ARGENTINA

Terminóse de imprimir el día 12 de septiembre de 1988 en los Talleres Gráficos
"Columbia S. R. L." - Cucha Cucha 837, Buenos Aires.