

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

Santafé de Bogotá D. C., veintiséis (26) de septiembre de mil novecientos noventa y cuatro (1994).{PRIVADO }

SALA PLENA SESION No. 349 DEL VEINTIDOS (22) DE SEPTIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO (1994).

Magistrado Ponente: doctor Jaime Casasbuenas Ayala.
Providencia No. 15

VISTOS

Procede esta colegiatura a decidir lo que corresponda con relación a las diligencias procedentes de la Procuraduría Departamental de Santander, en el sentido de determinar si inicia o no proceso ético disciplinario en contra de los doctores CARLOS CORTES CABALLERO, ELIO ORDUZ CUBILLOS, ARTURO SCHNEIDER URIBE, RICARDO GONZALEZ SORZANO Y HERNANDO GARCIA GOMEZ, magistrados del Tribunal Seccional de Ética Médica de ese departamento.

ACTUACION PROCESAL

1. Según lo relatan los quejosos “el día 15 de febrero de 1989, a las 2.30 p.m., ingresó al Hospital ISMAEL DARIO RINCON de la Empresa Colombiana e Petróleos de Barrancabermeja, la señora ALBERTINA ENCISO DIAZ, de 61 años... para que el doctor VICTOR ACEVEDO le practicara una histerectomía abdominal. Los médicos que realizaron los exámenes de ingreso la encontraron en condiciones normales y solo le manifestaron que tenía el pulso bajo (bradicardia)”

“El 16 de enero a las 6.00 a.m. ingresó a la Sala de cirugía y según lo manifestado por el anestesiólogo HECTOR VELASCO, estando en el proceso de inducción con pentotal y Kelisin sufrió un paro cardio-respiratorio, del que fue reanimada después de una hora quedando en estado de coma., durante nueve días, falleciendo por causa de lo anterior el día 24 de enero...”

“En informe rendido a la familia, los médicos SAMUEL LARIO, VICTOR ACEVEDO y el anestesiólogo HECTOR VELASCO manifestaron que el paro que presentó la paciente fue una coincidencia y que fue tan normal que le pudo haber dado en la casa, en la calle o en estadio. Su esposo y sus hijos, pensamos que no es lo mismo, pues ella se encontraba en el momento del paro en manos de un profesional de la medicina y con equipos apropiados para atender dicha emergencia”.

“Por lo anteriormente nombrado ...solicitamos una investigación, con el fin de establecer responsabilidades con miras a la tranquilidad familiar, pues nos preocupa que haya existido ineptitud o descuido por parte del médico anestesiólogo”. (fols 3 y 4).

2. Adelantado el pertinente proceso ético disciplinario en contra de los doctores ACEVEDO, LARIOS Y VELASCO, por el Tribunal de Ética Médica de Santander, en el informe de conclusiones se manifestó “que el accidente que causó todas las complicaciones fue un infarto del miocardio, el cual es imposible de prevenir y prever, aún estando rodeado el caso de todos los medios deseables”, por lo que se estima, por el Magistrado Instructor,

Dig.147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

que no existe mérito para formular cargos a los médicos que atendieron a la señora ALBERTINA ENCISO DIAZ (fols 28 y ss).

3. El día 13 de octubre de 1989, se calificó el mérito del informativo y allí después de un pormenorizado estudio de todos los elementos de juicio allegados al proceso se consideró lo siguiente: “Podemos concluir sin temor a equívocos, que el deceso de la paciente ALBERTINA ENCISO DIAZ, se debió a un infarto del miocardio, el cual pudo haberse presentado con anestesia o sin ella, luego no hay causa directa o indirecta en la acción profesional...” Ya que todos los actos realizados por éstos se ejecutaron con el más estricto cumplimiento a los requerimientos técnicos, pues contaron con los medios suficientes y realizaron una actividad profesional técnica y acorde a las necesidades del momento” (folio 47).

Sin embargo, se concluyó que el doctor HEWCTOR RAMON VELASCO no había consignado adecuadamente los datos en la hoja de anestesia, a pesar del estado de gravedad de la paciente, por lo cual se le formuló pliego de cargos por violación a los artículos 34 y 36 de la Ley 23 de 1981.

4. El 9 de marzo de 1990, se resolvió no formular cargos a los doctores HECTOS RAMON VELASCO Y VICTOR AURELIO ACEVEDO CILLAREAL, por violación a la ética médica, en la atención prestada a la señora ALBERTINA ENCISO DIAZ.

5. Familiares de la citada señora dirigieron a la Procuraduría General de la Nación, al estimar que el fallo emitido por el Tribunal de Ética Médica de Santander no se ajustaba a la realidad de los hechos, razón por la cual el doctor ALEJANDRO PINZON RINCON, médico, profesional universitario de la Sección Técnico Científica de dicha entidad, conceptuó lo siguiente: “La medicación preoperatoria es parte del plan anestésico general y debe ser ordenada por el anestesiólogo a cargo, ante todo se busca la tranquilidad del paciente, reducir las secreciones e inhibir los reflejos, particularmente los cardiorespiratorios, por muy cuidadosamente que se elijan estos medicamentos, serán de poca ayuda y pueden ocasionar problemas graves si no se han administrado en el momento adecuado; de manera habitual se aplica ésta intramuscular o subcutánea por lo menos 45 minutos a una hora antes de darse inicio al procedimiento de anestesia general; la medicación usada es de dos tipos de sedación y bloqueadora del sistema nervioso autónomo éste último sirve para bloquear los reflejos parasimpáticos-miméticos y reducen las secreciones, igualmente proteger contra la depresión cronotrópica de los anestésicos”.

“Los anestésicos de acción corta como el que se usó en este caso producen depresión de la función respiratoria y cardiocirculatoria, a nivel cardíaco actúa sobre el nodo sinusal disminuyendo la frecuencia, de igual manera actúa sobre el miocardio disminuyendo la fuerza de contracción, la irritabilidad, así como la velocidad de conducción de los impulsos cardíacos, condiciones éstas que han debido confrontarse con la situación basal de la enfermedad del nódulo sinusal que presentaba la ya citada paciente, además al tipo de medicación usada, en pacientes ancianos, produce principalmente depresión circulatoria generalizada que se manifiesta en vasodilatación prerisférica con caída de la presión arterial sistémica y disminución de la precarga cardíaca”.

Como consecuencia de lo anterior se concluye que el Tribunal de Ética Médica de Santander, en el proceso disciplinario adelantado contra el doctor HECTOR RAMON VELASCO, “no tuvo en cuenta los aspectos que se han anotado en los numerales anteriores”, por lo cual se debe proceder a abrir investigación disciplinaria contra sus

Dig. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Etica Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

miembros y se deben remitir las diligencias a la Procuraduría Departamental de Santander, con tal finalidad.

6. Abierto el proceso ético disciplinario por parte del Procurador Departamental de Santander, en contra de los Magistrados del Tribunal de Etica Médica de Santander, doctores HERNANDO GARCIA GOMEZ, RICARDO GONZALEZ SORZANO, CARLOS COTES CABALLERO, ARTURO SCHNEIDER URIBE Y ELIO ORDUZ CUBILLOS, se les corrió pliego de cargos en el mes de noviembre de 1993, el que fue respondido por todos los inculpados(fols.165 y ss).

7. El 25 de abril de 1994, la Procuraduría Departamental de Santander estimó que los hechos imputados a los Honorables magistrados mencionados eran del conocimiento del Tribuna Nacional de Etica Médica “con sede en Santafé de Bogotá, señalando como autoridad competente, sin que por ello se pierda la prevalente otorgada constitucionalmente a esta entidad”, por lo cual se resolvió enviar el expediente a esta Corporación..

8. El proceso fue recibido el 4 de mayo de 1994 y repartido al magistrado doctor JAIME CASASBUENAS AYALA. Después del estudio del mismo se encontró que algunos apartes de la historia clínica aparecían en fotocopias ilegibles, por lo que se ofició al Departamento de Servicios de Salud de Ecopetrol, Barrancabermeja, para que remitiera fotocopias legibles, pues el estudio y análisis de tales documentos es fundamental para poder tomar una decisión ajustada a derecho. Así mismo, se ordenó indagar sobre el nivel del Centro Hospitalario en que se desarrollaron los hechos.

9.Después de recibir los documentos solicitados se dispuso oficiar a la Sociedad Colombiana de Cardiología y a la Sociedad Colombiana de Anestesiología para que aclararan aspectos científicos fundamentales para el caso de autos, según cuestionario que obra en el diligenciamiento.

Contestados los citados cuestionarios y que considerando que se tienen los elementos de juicio suficiente se procede a tomar la decisión que corresponda.

CONSIDERACION

Ante todo conviene poner de presente que la intervención quirúrgica estaba justificada pues la paciente presentaba una displasia severa del cuello uterino.

Por otra parte, la situación plantea un hecho corriente en el ejercicio de la medicina: La discrepancia en el diagnóstico. El médico A plantea una posibilidad y el médico B otra ante un mismo paciente en iguales circunstancias. Para dilucidar este aparente conflicto es necesario conocer algunas características del ejercicio de la medicina y, particularmente, sobre lo que es el mecanismo de los diagnósticos y el papel del llamado juicio clínico.

I. La Incertidumbre en la Medicina:

La práctica de la medicina depende de la capacidad del médico de tomar decisiones acerca de los problemas que influyen en la salud y el bienestar de sus pacientes. No siempre es tarea fácil llegar a una decisión correcta, dada la complejidad propia de los procesos patológicos y la poca certidumbre de los datos clínicos.

Dir.147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

La toma de decisiones se afecta negativamente por la falta de precisión y de valor predictivo de las pruebas de laboratorio y de algunos signos y síntomas en determinadas enfermedades. Además, aún cuando se conozca el valor de predicción de los análisis o los signos clínicos, queda la dificultad de integrar éstos dentro de un plan ordenado para llegar a una decisión objetiva. Debido a esto, la tradicional toma de decisiones es un proceso subjetivo e implícito. Ello se trasluce en el lenguaje de significado impreciso que a menudo utilizan los médicos, quienes emplean adverbios como “raramente” “generalmente” “comúnmente”, etc.

No obstante, es posible tener una base objetiva para el proceso de toma de decisiones en medicina y para ello pueden considerarse los siguientes aspectos: 1) El papel de la inexactitud y su estimación en los procesos patológicos; 2) la evaluación de la información (el valor de predicción de la información); 3) La confiabilidad de los signos y síntomas; y 4) el papel del análisis de las decisiones.

II. La inexactitud en la Práctica de la Medicina.

Si no se comprende lo que puede suceder por inexactitud (casualidad) se llegará a depender de ciertos signos predictivo. También, si no se reconoce el papel de la inexactitud en medicina, es posible llegar a confiar exageradamente en datos anecdóticos que exaltarían sin razón las virtudes de ciertos signos y de tratamiento no controlados (signos patognomónicos, por ejemplo).

Cuando utiliza determinada información, el médico debe reconocer la probabilidad con que ella le permite detectar al individuo que realmente padece la enfermedad y, a la inversa, la probabilidad de que pueda identificar como enfermo a quien en realidad no lo está.

II. Evaluación de la información.

El ejercicio de la medicina reposa en varios pilares fundamentales, uno de los cuales es el diagnóstico y, su consecuencia, el tratamiento. Para ello combina la ciencia y el arte. LA tecnología basada en la ciencia es el fundamento para la obtención de información en muchos problemas clínicos. Sin embargo, la más elaborada aplicación de las técnicas de laboratorio no hace, por sí sola, un diagnóstico; para lograrlo el médico necesita por lo menos; a) La habilidad para extraer de un cúmulo de signos físicos, a menudo contradictorios, y del acervo de datos de laboratorio, solamente aquella información que sea de importancia crucial para saber, por lo menos, si hay que tratar u observar. Para ello cada dato debe ser interpretado a la luz de los que se sabe acerca de la estructura y función del órgano u órganos del paciente implicado en la situación clínica estudiada. B) Poder determinar cuánto un indicio clínico merece estudiarse o hay que descartarlo. C) Ser capaz de juzgar su el tratamiento entraña un riesgo mayor que el de la propia enfermedad. D) Equilibrar la intensa carga emocional que la práctica de la medicina trae consigo, ya que en ella, a diferencia de otras actividades, el resultado se espera a corto y a veces a muy corto plazo.

Todo esto forma parte de las decisiones que el médico, capacitado en la práctica médica, debe hacer muchas veces cada día. Esta combinación de conocimientos médicos, intuición y sensatez es lo que se ha llamado el arte de la medicina. Es tan necesario para el ejercicio, como base científica sólida.

Para ello el médico ha de tener en mente todos y cada uno de los problemas que los signos y síntomas del paciente sugieren. Dicho de otra forma: Elaborar diagnósticos sobre un paciente sin tener en cuenta las premisas mencionadas, no deber formar parte del ejercicio de la medicina.

La toma de decisiones en medicina depende de los datos producidos por la historia clínica, el examen físico y las pruebas de laboratorio. El diagnóstico de la enfermedad del paciente depende de la exactitud de cada uno de los procedimientos.

Las pruebas de laboratorio son especialmente importantes, pues proporcionan datos por retroalimentación que pueden ser usados para reforzar las decisiones clínicas.

Se define la exactitud de una prueba de laboratorio o de un signo clínico por las medidas de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo y eficacia. La sensibilidad indica la frecuencia con que se obtiene un resultado positivo en pacientes que tienen realmente una enfermedad determinada. La especificidad indica la frecuencia de resultados negativos en pacientes no afectados por la enfermedad. El valor predictivo de un signo o de una prueba positiva indica la frecuencia de pacientes enfermos en todos los pacientes con resultado positivo de las pruebas. La eficiencia de una prueba indica el porcentaje de pacientes correctamente diagnosticados (enfermos y no enfermos) por medio de la prueba. El valor predictivo de una prueba positiva es el atributo más importante de la misma para tomar decisiones en medicina. Para calcularlos podríamos usar la fórmula de Bayes que permite conocer la probable aparición de la enfermedad cuando se encuentra determinado signo o síntoma acompaña a determinado estado patológico, en comparación con la probabilidad de asociación ente el signo y el estado de no enfermedad. Consideremos el problema de estimar la posibilidad de apendicitis en pacientes con dolor a la descompresión.

Deseamos comparar la frecuencia de apendicitis en pacientes con sensibilidad dolorosa a la descompresión y sin ella. Podemos usar entonces la frecuencia correcta para estimar la probabilidad de apendicitis de un paciente aislado que muestre la característica pertinente (dolor a la descompresión). La aplicación de la fórmula de Bayes a este problema indica cómo se obtienen las probabilidades. La fórmula expresa la probabilidad de una relación entre el signo y la enfermedad cuando se conoce la frecuencia de apendicitis en un individuo con dolor a la descompresión y es de 74%. La segunda pregunta que nos hacemos es cuál es la probabilidad de apendicitis en individuos sin dolor a la descompresión: Esto puede dárnoslo también el teorema de Bayes, mediante la fórmula respectiva.

Esta fórmula da el índice de falsos negativos de un signo negativo y, en el caso de la apendicitis, el resultado es 0.15 o sea. 15%.

En consecuencia, cuando el signo es negativo(no hay sensibilidad dolorosa a la descompresión) la enfermedad puede encontrarse en el 15% de casos.

Lamentablemente no es posible asignar a una prueba o un signo clínico determinado un valor predictivo único, ya que el valor predictivo depende de la frecuencia de aparición de la enfermedad en estudio. Por eso, el valor predictivo de una prueba positiva está en relación directa con la prevalencia de la enfermedad en estudio.

IV- Diagnóstico.

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

Del griego *diagnostikos*, capaz de discernir. S la parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad basándose en los signos y síntomas de ésta. El diagnóstico clínico requiere de los dos aspectos de la lógica (análisis y síntesis) y entre más difícil sea el problema clínico, más importante es que se le aplique un enfoque lógico.

Existen otros tipos de diagnóstico: a) el citológico o histológico que se logra mediante el examen microscópico de los tejidos enfermos obtenidos por biopsia o por necropsia. En este último caso, la precisión se logra en un porcentaje cercano al 100%. B) por exclusión, en la que el reconocimiento de la enfermedad se logra después de haber eliminado la posible existencia de otras enfermedades. C) Diagnóstico post-terapéutico que es el fundamentado en los resultados del tratamiento. D) Diagnóstico por laboratorio. E) Diagnóstico imagenológico, el que se logra mediante procedimientos de entrase de imágenes (radiografías, ecografías, tomografías, resonancia magnética, etc.) f) Electromecánico, el obtenido con el registro de potenciales eléctricos: v.g. electrocardiogramas, electroencefalogramas, electromiogramas, etc. G). Funcional, el que se obtiene mediante el empleo de aparatos que registran la actividad específica de un órgano (pruebas de ventilación pulmonar y otras). La lista es mucho más larga y, con excepción del primero (el histopatológico y, particularmente, el necrópsico), el porcentaje de acierto de los demás es relativo.

En el ejercicio de la medicina se corre el riesgo de elaborar tan solo afirmaciones que al no corroborarse no alcanza la categoría de hipótesis, que es lo que en últimas necesita el médico para poder actuar ante su paciente. Diagnosticar en el ejercicio de la medicina es, pues, elaborar hipótesis ante el hecho concreto de un cuadro clínico. Y es bien sabido que una hipótesis es una afirmación necesariamente susceptible de comprobación, que le da al diagnóstico un carácter predictivo en sí mismo. Cuando se pierde el carácter predictivo, el proceso de diagnosticar se vuelve fácil, como ocurre con los diagnósticos retrospectivos que son aquéllos que se hacen conociendo de antemano el resultado del acto médico.

Por ello los diagnósticos retrospectivos tienen una ubicación diferente al de la práctica médica y, como puede apreciarse, en la enumeración de los diferentes tipos de diagnóstico no se les incluye, aunque sea tan usado en las reuniones anatomopatológicas, de las universidades, como un ejercicio teórico consistente en emitir diferentes opiniones acerca de un caso con respecto al cual ya se cuenta con el recurso de la información histopatológica o de la necropsia. La confrontación de la opinión teórica de los asistentes con la información del patólogo constituye un estimulante ejercicio intelectual para el auditorio, y su extrapolación a la práctica cotidiana puede hacerse siempre y cuando se cuente con la biopsia o la necropsia.

Si ello no es así, se cae en la discutible tentación confundir opiniones con diagnósticos.

A pesar de la incertidumbre pueden colegirse algunas conclusiones, a saber: 1) Para realizar un diagnóstico, el médico en la práctica corriente, os era ante un paciente dado, se basa en la sospecha que se origina ante un cuadro clínico. Por ejemplo, ante un paciente con fiebre y diarrea es lícito suponer en primer término, que se está en presencia de un afebre tifoidea y no ante un carácter cerebral; 2) La mayoría de las enfermedades tienen un cortejo de signos (hechos objetivos) y de síntomas (sensaciones del paciente) que las caracterizan y que son las que permiten sospecharlas para confirmarlas. Por ejemplo, es muy aventurado afirmar que un atleta activo padezca una artritis reumatoidea aguda, o que un esquimal en Alaska presente malaria. 3) En la mayoría de los casos, el médico recurre a una mezcla de los diversos tipos de diagnóstico final.

Dig. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

V- Juicio Clínico.

La habilidad para conseguir la información a través de los métodos semiológicos universales aceptados (anamnesis, examen físico, etc.) constituyen uno de los elementos fundamentales para desarrollar el juicio clínico deseable en la actividad cotidiana del médico, que precede forzosamente al diagnóstico y por consiguiente, al tratamiento.

Qué quiere decir tener buen juicio clínico? Hay que suponer que el médico que posee juicio clínico es aquél que toma las decisiones correctas y las implementa de la mejor manera.

Sobre esto hay que considerar lo siguiente:

1. El médico con buen juicio clínico posee la suficiente información (datos) del paciente y tiene la eficiencia para reunir los datos con precisión y seguridad.
2. El médico que tiene buen juicio clínico conoce el valor diagnóstico (valor de predicción) de cada una de las anomalías que descubre.

Un colorario de lo que antecede es que el médico con buen juicio clínico conoce la definición de los procesos patológicos. No marca a un paciente como afectado de una enfermedad, a menos que conozca los criterios exigidos para el diagnóstico de la misma y amenos que haya comprobado las anomalías que satisfacen esos criterios en ese paciente.

3. El médico poseedor de buen juicio clínico identifica todos los problemas del paciente. Una vez lo ha hecho, es necesario que se formule la siguiente pregunta: Qué relación tiene un problema con otro?. Esta es una pregunta muy importante, ya que al responderla quizá resulte evidente un diagnóstico incierto.
4. El médico con buen juicio clínico establece metas para cada problema y para cada paciente en general. Sabe que a veces la meta es simplemente el alivio de las molestias cuando la curación es imposible. Tiene el sentido de las prioridades.

El médico con buen juicio clínico no podrá dejar de lado el antiguo axioma: Para diagnosticar una enfermedad equis, es necesario un alto índice de sospechas.

En este orden de ideas hay que convertir en que el juicio clínico es fundamento indispensable para el diagnóstico en el ejercicio de la medicina. Y en el mismo orden de ideas hay que resaltar el hecho de que el desarrollo del juicio clínico es susceptible de aprendizaje. Para ello la medicina ha parcelado sus campos de acción y ha constituido áreas específicas de trabajo. Por esto han surgido las especialidades, ya que se ha puesto de presente que ante la proliferación de la información biomédica es casi imposible reproducir las figuras de los grandes genios de la medicina que de acuerdo a los relatos históricos dominaba todo (?) el conocimiento de su época.

El especialista es, pues, el médico que se ha hecho experto en un tema o área específica y es de presumir que al reducir su campo de trabajo ha logrado desarrollar en alto grado la competencia de su juicio clínico en su especialidad. Hay que aceptar entonces que el neurólogo, por ejemplo es más competente que el médico general o que el gastroenterólogo para elaborar juicios clínicos sobre los pacientes neurológicos; que el cardiólogo, a su vez, es más versado que el cirujano general o que el anestesista para realizar juicios clínicos en el área de la cardiología y así sucesivamente. Como ejercer su actividad el especialista en la práctica?. La mayoría de las veces no actúa como primer consultante, función que

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

desempeña por lo regular el médico general; éste o quien haga su papel (otro especialista) remite al paciente a l consulta de especialista escogido, con miras a que este último elabore un juicio clínico sobre el diagnóstico, el tratamiento, etc. El especialista recibe al paciente junto con la historia clínica y procede a examinarlo, utilizando los recursos de la especialidad que se hallen en su alcance y que por lo general superan a los del médico remitente.

Al es el caso de la evaluación preoperatoria, en la cual se solicita el recurso de un especialista cuando quiera que surja la necesidad de aclarar algún punto específico respecto del paciente programado para cirugía y que pueda influir en forma importante en la misma.

Si bien es cierto que el ejercicio de la medicina las apreciaciones y conceptos se hallan sujetos a controversia, dado el carácter de medio y no de resultado que tal ejercicio trae consigo, no lo es menos que casi siempre, por no decir que siempre, el concepto del especialista consultado es muy frecuente teniendo en cuenta. Basta que él exprese, así sea una duda, para que el equipo quirúrgico (cirujano, anesthesiólogo, etc) reconsidere la programación de la cirugía y proceda a reevaluar la nueva situación planteada por el interconsultante. En caso contrario, se procede a realizar el procedimiento propuesto dentro de las precauciones que el ejercicio cotidiano de la medicina ha establecido como aceptable norma de la “Lex artis”.

VI. El Caso Sub-exámine

Aplicando los conceptos anteriores al caso que nos ocupa se resaltan los siguientes aspectos principales:

1. La decisión del H. Tribunal de Ética Médica de Santander de abstenerse de iniciar proceso contra el anesthesiólogo.
2. El pliego de cargos elevado por la Procuraduría contra dicho Tribunal, basándose en el diagnóstico retrospectivo de enfermedad del nódulo sinusal elaborado por el profesional médico de la Procuraduría, el que a su vez se fundamenta en la presencia de bradicardia siinusal.
3. Las respuestas al pliego de cargos de los honorables magistrados del Tribunal quienes pusieron de presente que al abstenerse de procesar a los médicos que atendieron a doña ALBERTINA ENCISO, lo habían hecho teniendo en cuenta la información de la historia clínica y sus propios conocimientos médicos, lo que les permitió argumentar que la paciente no tenía patología cardíaca previa, es decir, no diagnosticaban la enfermedad del nódulo sinusal.
4. La decisión de la Procuraduría de solicitar al Tribunal Nacional de Ética Médica dirimir el conflicto científico técnico surgido por la divergencia de opiniones entre lo argumentado por el profesional especializado de la Procuraduría y lo expuesto por los Honorables magistrados del Santander.
5. En vista de que no existe en la literatura médica consenso alguno acerca del valor predictivo del signo bradicardia para el diagnóstico de enfermedad del nodo (en el cual se basó el diagnóstico del profesional de la Procuraduría) esta Corporación solicitó peritazgo a dos especialistas, un cardiólogo nombrado por la Sociedad Colombiana de Cardiología y un Anesthesiólogo nombrado por la Sociedad Colombiana de Anesthesiología, quienes rindieron su concepto así:

Dig. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

CONCEPTO RENDIDO POR EL DOCTOR ENRIQU MELGAREJO R.
(CARDIOLOGO).

“... Con relación a las preguntas sobre el caso en mención me permito manifestar lo siguiente:

1) En 1988-89, para el diagnóstico de enfermedad del nodo (o nódulo sinusal) en un Hospital reoginal de segundo nivel el criterio más valedero es la sospecha clínica con base en los síntomas (presíncope, síncope, disnéa, angina, palpitaciones o insuficiencia cardíaca, en ese orden de prioridades). Obviamente esta sospecha deberá ser corroborada mediante un electrocardiograma de superficie (existente en cualquier hospital regional), y documentar una bradicardia sinusal del orden de 40x, un bloqueo auriculoventricular de II gradotipo Mobitz II o bloqueo AV completo, usualmente de complejos QRS anchos, o fenómeno bradicardia. El simple hecho de establecer una correlación entre síntomas y el hallazgo de uno de estos eventos electrocargiográficos, son suficientes para el diagnóstico de problema. Para complementar y documentar la correlación entre los síntomas y los eventos eléctricos, es necesario solicitar (o referir) un monitoreo ambulatorio de EKG dinpamico Holter, antes de tomar la decisión de implante de marcapaso definitivo, que es el manejo de la enfermedad del nodo sintomática.

En conclusión, el simple hecho de encontrar una bradicardia sinusal severa, en ausencia de síntomas, no constituyen ningún argumento válido para diagnosticar enfermedad del nodo.

Igualmente, cualquiera de los síntomas enumerados, sin la asociación en un electrocardiograma de uno de los hallazgos igualmente expuestos, invalida el diagnóstico., En otras palabras, enfermedad del nodo.

2. En cuanto al grado de acatamiento que debe merecerle al anestesiólogo la valoración cardiologica previa al acto operatorio, esta valoración es solo un concepto o una recomendación que emite un especialista (cardiólogo) en un tema en cual tiene mayor información e y experiencia, a otro especialista que tiene un concepto global específicamente en este caso de la cardiología, pero que está entrenado y preparado para el diagnóstico y manejo de las urgencias cardiovasculares durante el trans-operatio. Queda a juicio del anestesiólogo acatar o no las recomendaciones del cardiólogo, con base en la clínica del paciente, el tipo de cirugía, el tiempo y el tipo de anestesia y riesgo calculado.

3. Con base en la revisión completa de la historia clínica del caso en mención, no existe ningún criterio para el diagnóstico de enfermedad del nodo, teniendo en cuenta los siguientes tópicos:

Dig.147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

- 1) Lamentablemente no siempre está consignado el dato sobre pulso en las múltiples consultas que la paciente hizo- desde el año de 1955- al Hospital. Sin embargo, desde IV/82 ya se documenta en dos citas diferentes un pulso de 64x'. En IX/86 es sometida a anestesia general para biopsia de cuello, sin complicaciones.
Hay un electrocardiograma del 24 de ago/87 que muestra bradicardia sinusal de 50x'. El 9 de septiembre es valorada por cardiología: asintomática cardiovascular, examen clínico normal y EKG: bradicardia sinusal (valoración prequirúrgica). En enero/88 es sometida nuevamente a anestesia general, sin complicaciones y comportamiento cronotrópico normal del corazón.
Un electrocardiograma del 18 de Nov/88 muestra bradicardia sinusal 56x'. El trazado de base normal (al igual que el anterior).
El 10 de nov/88 es valorada nuevamente por cardiología (prequirúrgica). Asintomática cardiovascular. Examen físico normal. El 18 nov de 1988 cardiología da concepto prequirúrgico favorable y se consigna dato de electrocardiograma: bradicardia sinusal. El 16 de ene/89 se presenta paro cardíaco durante la inducción de anestesia general. El 24 de enero fallece.
- 2) como consta en la historia clínica y las múltiples consultas de la paciente, solo consultó a cardiología únicamente para las valoraciones prequirúrgicas, estando siempre asintomática cardiovascular y examen clínico normal.
- 3) Revisando los múltiples motivos de consulta de la paciente, nunca consultó por algún síntoma siquiera sospechoso para pensar en la enfermedad del nodo.
- 4) Fue sometida a anestesia general habiéndose ya mediante un electrocardiograma documentado la bradicardia sinusal, sin complicaciones y con una respuesta cronotrópica (frecuencia) normal durante el peroperatorio.
- 5) El simple hecho de encontrar una bradicardia sinusal en un electrocardiograma de superficie en reposo, en ningún momento constituye diagnóstico patológico en un paciente asintomático, ya que esta puede obedecer a una hipervagotonía constitucional, o corresponder a un entrenamiento cardiovascular al ejercicio importante (los deportistas manejan frecuencias en reposo alrededor del 40x' y son sanos), o ser simplemente una variante transitoria (efecto medicamentoso P.ej.).
- 6) El trazado de base de los electrocardiogramas de esta paciente fueron normales. No evidencian patología cardiovascular alguna.
- 7) Finalmente, el elemento más contundente y que descarta eventual enfermedad del nodo lo constituyen el hecho que después de las medidas de reanimación, la frecuencia cardíaca se comporta normal, incluso con taquicardia reactiva durante 8 días, hecho este improbable en una enfermedad del nodo, cuya bradicardia sólo responde a

Dig. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

implante de marcapasos transitorio o definitivo. No responde a estímulos externos, ni a atropina ni B-simpaticomiméticos y ni siquiera el masaje cardiaco.

CONCLUSIONES. Revisando toda la historia clínica, en este caso no existió posibilidad de enfermedad del nodo, ya que su bradicardia sinusal (leve), fue siempre asintomática, en presencia de un corazón que a los exámenes físicos y los electrocardiogramas realizados no dieron evidencia de enfermedad orgánica cardiaca, y que al evento final, se comportó con taquicardia sinusal reactiva, sostenida y prolongada hasta el 132x', lo cual invalida el diagnóstico de esta entidad. Cordialmente: E. Melgarejo R., M.D. RD4968.c.c 19064966 Btá. Cardiólogo- Arritmólogo H. Militar Central Profesor Titular de Medicina Escuela Militar de Medicina Presidente Colegio Panamericano de Endotelio "(Fdo).

CONCEPTO RENDIDO POR LA DOCTORA LUZ HIDE LA PATIÑO (ANESTESIOLOGO PEDIATRICO):

"... 1. El manejo anesthesiologo de la bradicardia sinusal es el siguiente:

- a. Si la bradicardia no cursa con hipotension, es decir con, no hay alteracion de gasto cardiaco, no necesita tratamiento terapeutico.
- b. Si la bradicardia cursa con hipotension. Hay que determinar la causa:

1. Profundidad anestésicas
2. Deshidratación, o hipovolemia de alguna etiología.
3. Reflejo vagal
4. Hipoxia de cualquier etiología

1. Si es por profundidad anestésica con la inyección de un parasimpaticocolitico tipo atropina y la disminucion de la concentracion anestésica se debe resolver la situacion.
2. Si es por deshidratación o por cualquier otra causa de hipovolemia, debe mientras se corrigen utilizar un simpaticomimético.
3. Si se trata de un reflejo vagal, hay que suspender la maniobra que lo ocasiona de inmediato y si se hace necesario utilizar un simpaticomimético.
4. Si es por hipoxia debe determinarse su causa y corregirse inmediatamente.
5. Si la bradicardia es por enfermedad debe procederse de acuerdo a las precauciones para cada patologia del paciente.
6. Deben acatarse las recomendaciones de la valoración cardiologica desde que se ajusten al plan anestésico establecido por el anesthesiologo encargado del caso en particular. Atentamente, LUZ HIDE LA PATIÑO SANCHEZ M.D. Anesthesiologo Pediatrico" (Fdo).

Dir. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E-Mail: trnetmed@aolpremium.com

Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81- Artículo 63

{ PÁGINA }

Como es posible apreciar, en estos dictámenes se establece lo siguiente:

- a). La paciente carecía de cuadro clínico que permitiera sospechar la presencia de enfermedad del nódulo sinoauricular.
- b). El hecho de que en el período pos-paro presentará taquicardia hace muy improbable el diagnóstico de tal enfermedad ya que el único tratamiento que modifica la conducción eléctrica del corazón en esa afección es el marcapasos eléctrico.
- c). El manejo del procedimiento anestésico era el habitualmente utilizado por casos como el que no ocupa.

En conclusión el H. Tribunal de Ética Médica de Santander utilizó en la forma apropiada la información contenida en la Historia Clínica y en las declaraciones de los implicados.

**EN MERITO DE LO EXPUESTO EL TRIBUNAL NACIONAL DE ETICA
MEDICA**

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Inhibirse de iniciar proceso ético-disciplinario en contra de los doctores CARLOS CORTES CABALLERO, ELIO ORDUZ CUBILLOS, ARTURO SCHNEIDER URIBE, RICARDO GONZALEZ SORZANO Y HERNANDO GARCIA GOMEZ.

ARTICULO SEGUNDO: En firme esta decisión, archívense las diligencias.

Contra esta providencia procede al recurso de apelación ante el Ministerio de Salud, dentro de los tres días siguientes a la última notificación.

COPIESE, NOTIFIQUESE Y CUMPLASE-

Fdo. Jaime Casasbuenas Ayala, Magistrado ponente; Mario Camacho Pinto, magistrado; Eduardo Rey Forero, magistrado; Miguel Otero Cadena, Magistrado; Joaquín Silva Silva, Magistrado y Martha Lucía Botero Castro, Abogada Secretaria.

Dir. 147 No. 34-30 local 32 Centro Cial Futuro Tel. 6279975-6279983, Fax 6279587
Bogotá.

E- Mail: trnetmed@aolpremium.com