



ASAGIO

ASOCIACION ANTIOQUEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Boletín 83

Octubre-Diciembre 2016

Junta Directiva 2016 - 2018

Presidente:

Dr. Augusto Isaza Estrada
augustoisaza@hotmail.com

Vicepresidente:

Dr. Juan Carlos Restrepo Álvarez
juancrpo@une.net.co

Secretario:

Dr. Jorge Alberto Tirado Mejía
jatm@une.net.co

Tesorera:

Dra. Ana María Ángel De La Cuesta
anangelmd25@hotmail.com

Vocales:

Dr. Luis Fernando Escobar Aguilera
feamon2@gmail.com

Dr. Carlos Ignacio Uribe Pardo
ciuribe85@hotmail.com

Dr. Jaid Alexis Cardona Aristizabal
jaidcardona@gmail.com

Fiscal:

Dr. Edgar Adel Noreña Mosquera
edgarnorena@gmail.com

Coordinadores

Coordinador Editorial:

Dr. Emilio Restrepo Baena
emilioestrepo@gmail.com

Coordinador Programa

Educación Médica Continuada,
EMC-ASAGIO:

Dr. Luis Javier Castro Naranjo
ljcastro@hotmail.com

"Visto de cerca, nadie es normal" (Caetano Veloso)

Editorial

Estimado asociado;

Recuerde que...

...Usted es la razón de ser de la asociación, es el pilar y motor, su constante y activa participación en cada una de las actividades académicas y gremiales organizadas por la Junta Directiva, hacen posible el apoyo continuo de la Industria Farmacéutica e Instituciones.

Tenga presente que...

...Si usted aún no se encuentra activo con la asociación le invitamos a que realice su pago de cuota de sostenimiento y contribuya con el apoyo económico para el funcionamiento administrativo de la asociación.

Bancolombia, cuenta corriente No.
021-007081-13
a nombre de ASAGIO

Por favor informe su pago cuando lo realice a los teléfonos: 2623513, 2627515 o 3136841417 o enviando copia de su consignación o transferencia al correo electrónico: asagio@une.net.co

No olvide que...

...Para disfrutar del beneficio de asistencia a actividades académicas de manera gratuita, debe estar a Paz y Salvo con ASAGIO al año 2016.

Estimados colegas:

Es satisfactorio poder informarles que al mes de septiembre de 2016, hemos realizado tres actividades académicas de excelente calidad, de las cuales me permito dar el siguiente resumen:

Actividad académica	Fecha	Coordinador	Total asistentes
Simposio de actualización en ecografía obstétrica y ginecológica	15 y 16 de julio/2016	Dr. Juan Carlos Restrepo Álvarez	146 asistentes, dentro de los cuales se contó con la participación de 22 especialistas de otras ciudades.
Jornada de actualización "Anticoncepción en situaciones especiales".	26 de agosto/2016	Dra. Ana María Ángel De La Cuesta	96 asistentes
Jornada de actualización "Infecciones en paciente embarazada".	23 de septiembre/2016	Dra. Verónica García Bedoya, Residente de Ginecobstetricia de la Universidad CES	70 asistentes

Para finalizar el año tenemos pendiente llevar a cabo las siguientes actividades:

1. Jornada de actualización "Quiere saber más acerca de...?", 21 de octubre/2016
2. VII Simposio "Motivos de consulta más frecuentes en ginecología y obstetricia", 18 de noviembre/2016.

Es de resaltar la importancia de contar siempre con la participación activa de todos los asociados, pues la asistencia masiva a las actividades académicas es muy influyente y motivante para que los laboratorios y otras entidades se animen a vincularse en términos asociativos con nuestra programación para el año 2017. Recordemos que estas vinculaciones constituyen el ingreso base para el funcionamiento administrativo de ASAGIO. En este orden de ideas informo la vinculación de EuroEtika y Reckitt Benckiser, para las actividades académicas del último trimestre 2016.

Como objetivo personal y de la junta directiva, se tiene el mejoramiento continuo de los beneficios para los asociados en respuesta a la asistencia constante y activa en cada una de las actividades que se programan y se llevan a cabo en pro de la educación médica continuada. Para el mes de noviembre en el marco del Simposio motivos de consulta más frecuentes en ginecología y obstetricia, se hará la entrega de 4 incentivos académicos equivalentes al 75% de un SMMLV; la entrega se hará de la siguiente manera: Un incentivo entre los residentes de ginecología y obstetricia de las diferentes universidades y tres incentivos entre los asociados a paz y salvo al 31 de diciembre de 2016. Como requisito previo para participar de estos incentivos, se debe tener registro del asistente en 3 de 4 actividades académicas realizadas en el segundo semestre 2016 y estar presente en el momento de la entrega.

Para la junta directiva es muy importante contar con el apoyo y vinculación de los asociados en la ejecución y desarrollo de las diferentes actividades; estamos siempre atentos en recibir sugerencias constructivas en beneficio del gremio y en cumplimiento de los objetivos propios de la asociación. Por eso, invito a todos los asociados a enviar sus propuestas para la integración de fin de año, en donde podamos reunirnos en fraternidad para celebrar el cese de actividades académicas 2016.

Deseándoles desde ya un fin de año muy próspero y feliz en compañía de familiares y seres queridos.

Augusto Isaza Estrada
Presidente ASAGIO

El principal objetivo del control prenatal es tratar de garantizar el nacimiento de un bebé saludable, con el menor de los riesgos para la madre.

A su vez es un espacio que se aprovecha para brindar educación en salud, dar asesoría y brindar herramientas para lograr estilos de vida saludable que impacten a largo plazo en la salud, no solo de la madre, sino del grupo familiar, con intervenciones en factores de riesgo tales como el uso del cigarrillo, el alcohol, asuntos como el abuso, educación en nutrición y derechos, entre otros.

Los componentes principales del control prenatal deben ser:

- Estimación temprana y precisa de la edad gestacional
- Identificar los factores de riesgo del embarazo
- Anticipar y prevenir los problemas (para tratar de minimizar su impacto)
- Evaluar la salud de la madre y el feto
- La educación del grupo familiar y la comunicación

En este documento haremos énfasis en el control prenatal de bajo riesgo, teniendo en cuenta que las recomendaciones se basan no solo en un enfoque personal, sino de salud pública y teniendo en cuenta el costo-beneficio de las intervenciones, por lo que se trata de una guía que puede variar para cada paciente en particular.

INICIO DEL CONTROL PRENATAL

Aunque existen diferencias en las recomendaciones, se sugiere que el control prenatal inicie durante el primer trimestre, alrededor de la semana 10 de gestación y que se logren al menos 10 citas en las primigestantes y 7 en las que ya han tenido hijos. (1)

En cuanto a la frecuencia de las citas, se recomienda que se realice cada 4 semanas desde el inicio hasta la semana 28, luego cada 2 – 3 semanas hasta la semana 36 y a partir de esta fecha cada semana hasta el parto. (2)

En nuestro país el control prenatal de bajo riesgo recae sobre los médicos generales y las enfermeras y no se recomienda de manera rutinaria la participación del obstetra en su atención; sin embargo, se puede enviar a cita por el especialista entre la semana 34 a 36 para revalorar el riesgo y definir el sitio y la vía de atención del parto. (1)

La OMS recomienda que el primer control prenatal debe durar al menos 30 minutos y 20 minutos en las siguientes citas.

Componentes del primer control:

1. Historia clínica: se debe indagar de manera detallada en los antecedentes sociales, personales y obstétricos de la paciente, para determinar los posibles riesgos y oportunidades de intervención; los elementos que se deben indagar incluyen:

- Información personal y demográfica: estado civil, trabajo, condiciones de la vivienda, etc.

- Historia obstétrica
- Antecedentes personales y familiares: enfermedades, hábitos, cirugías, transfusiones, etc.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos
- Embarazo actual: Síntomas, nutrición, uso de micronutrientes, sangrado, infecciones, dieta, entre otros.
- Información biopsicosocial: Acompañamiento, estado de ánimo, aceptación del embarazo, violencia intrafamiliar, escolaridad, etc.

Esta información debe estar consignada no solo en la historia clínica, si no también en el carné prenatal, para su fácil acceso y evaluación por otros profesionales del grupo de salud; de igual manera se recomienda usar formatos preestablecidos y estandarizados que faciliten la toma de esta información.

2. Examen físico: debe ser completo y hacer énfasis en la presión arterial de base, el IMC, la altura uterina y la frecuencia cardíaca fetal. No se recomienda el tacto vaginal de manera rutinaria.

3. Exámenes de laboratorio: dependen de los factores de riesgo detectados, pero en general se deben solicitar de manera rutinaria los siguientes:

- Grupo sanguíneo y rastreo de anticuerpos (en caso de Rh negativa o antecedente de transfusiones sanguíneas)
- Hemograma completo
- Urocultivo
- VDRL, VIH y AgSHB
- Verificar inmunidad para Rubeola y toxoplasma

En algunas pacientes, dependiendo los factores de riesgo, se sugiere además: Glicemia, gota gruesa, TSH, y estudios de parasitosis intestinal. No se recomienda de manera rutinaria estudio para CMV, varicela, búsqueda de vaginosis bacteriana, clamidia o herpes.

4. Ultrasonido: uno de los objetivos del control prenatal es establecer de manera confiable y temprana la edad gestacional, por lo que se recomienda una ecografía entre las 11 a 14 semanas para confirmar con precisión dicha edad gestacional y realizar el tamizaje de aneuploidias y malformación fetal; sin embargo, si la amenorrea no es confiable, la paciente presenta síntomas (sangrado, dolor) o tiene antecedente de embarazo ectópico o enfermedad tubárica, se debe realizar una ecografía temprana para determinar no solo la edad gestacional, sino su ubicación y viabilidad.

5. Evaluar el estado nutricional e iniciar suplementos: se debe hacer una aproximación inicial, con base en el IMC, recomendar una dieta balanceada y saludable, determinar las metas de ganancia de peso (3) (tabla 1), restringir el uso de ciertos alimentos (alcohol, algunos pescados, verduras no bien lavadas, carnes mal cocidas, etc.) De igual manera se recomienda iniciar suplemento ácido fólico 400 mcg/día desde el inicio y hasta la semana 12 (aunque se puede continuar durante toda la gestación), hierro 30 mg/día y calcio 1200 mg/día, a partir de la semana 14 (1, 4). No es necesario brindar otros suplementos y recordar que la vitamina A en exceso es teratogénica.

Tabla 1.
Recomendaciones de ganancia de peso en el embarazo

Peso inicial (IMC)	Ganancia recomendada (kg)
Bajo peso (<18,5)	12 – 18
Normal (18,5 – 24,9)	11 – 16
Sobrepeso (25 – 30)	6 – 11
Obesidad (> 30)	5 – 9

6. Educación: haciendo énfasis en un enfoque de derechos de la mujer y del recién nacido, factores de riesgo y signos de alarma, riesgos ocupacionales, violencia doméstica, plan de cuidados, vida saludable, entre otros; permitir la comunicación de la embarazada y su familia y aclararles sus dudas. Se considera una buena práctica brindar esta información por escrito, en el carné prenatal u otro documento diseñado con este objetivo y que incluya además los sitios donde debe consultar en caso de una emergencia.

7. Remisión y evaluación por otros integrantes del grupo de salud: Se recomienda la evaluación inicial rutinaria por la nutricionista, para establecer el diagnóstico nutricional y definir un plan de manejo; igualmente una valoración por odontología para recibir asesoría en higiene oral, establecer el estado de salud oral y definir un plan de acción en quien lo requiera. Otras evaluaciones que se pueden determinar, según los factores de riesgo, incluyen: cita con psicología (por ejemplo en adolescentes), trabajo social y fisioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. COLCIENCIAS. Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
2. Dooley EK, Ringler RL. Prenatal Care: Touching the Future. Prim Care Office Pract. 2012; 39: 17-37.
3. Weight gain during pregnancy. Committee Opinion Nº 548. American College Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2013; 121: 210-2.
4. Lockwood CJ, Magriples U, Ramin SM, Eckler K. Initial prenatal assessment and first – trimester prenatal care. Up to Date. Acceso el 29 de febrero de 2016.
5. IADPSG Consensus Panel. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. Diabetes Care 2010; 33: 676 – 682.
6. Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus. Committee Opinion Nº 504. American College Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2011; 118: 751 – 3
7. Feldman K, Tsai RS, Yasumura L. Gestational Diabetes Screening. The International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups Compared With Carpenter-Coustan Screening. Obstet Gynecol 2016; 127: 10-7.
8. Matthews A, Haas DM, O'Mathúna DP, Dowsell T. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015; 9:CD007575.
9. Katz PO, Gerson LB, Vela MF. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease. Am J Gastroenterol 2013; 108:308.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 462: Moderate caffeine consumption during pregnancy. Obstet Gynecol 2010; 116:467.

Un médico enfermo por el buen humor

Tomado de El Campanario, Por Tomás Nieto

En los albores del siglo XX, cuando Medellín era un pueblo grande con alcalde, gobernador y obispo que estrenaba su alumbrado público y el servicio de tranvía, contaba entre sus habitantes con el médico Jesús Antonio Gutiérrez, un manizaleño de chispa adelantada, apodado “Carramplón” desde los claustros universitarios.

Los cronistas de su época reseñaban entre las peculiaridades de este personaje que era capaz de sacarle capul a una calavera o a una bola de billar. Se burlaba de tal manera de la medicina que soltaba chascarrillos como estos: “En materia de microbios, yo no creo sino de cucarrón para arriba”... “El hombre no debe matar al zancudo que lo pica porque el bicho lleva su propia sangre”... “Debe ser impresionante acostarse vivo y levantarse muerto”.

Después de ver y escuchar al locuaz galeno caldense, la gente concluía que sus pacientes no se morían como consecuencia de sus enfermedades... se morían pero de la risa, ante sus singulares diagnósticos humorísticos. Para él no había quebrantos de salud dignos de ser tomados en serio, por muy graves que estos parecieran.

El doctor Gutiérrez era todo un judío errante de la medicina. No permanecía más de un año en el mismo villorrio. Si alguien cuestionaba su vocación andariega, le respondía: “Me gusta recetar en todas partes para tener amigos en todos los cementerios”.

Su colega y paisano Alfonso Robledo, ministro de la época, decidió tomarse unos días de descanso y se fue a pasarlos en un bucólico pueblo cercano a Bogotá, donde el médico Jesús Antonio había establecido su consultorio. Como buenos godos e hijos de Manizales, los dos amigos madrugaron a la santa misa dominical. Al salir del templo, Robledo le dijo a Gutiérrez: “Hombre, Jesús Antonio, ahora muéstrame cuales son los principales de este pueblo”... El médico respondió: “Aquí no hay principales, Alfonso. Aquí todos son suplentes”...

Esta anécdota del doctor Gutiérrez es una de las más divertidas. Ocurrió en Ibagué, ciudad que también figuró en el itinerario de este errante hijo de Hipócrates: Lo llamaron a ver a una señora enferma, ya desahuciada por la ciencia médica tolimese. El doctor Gutiérrez le practicó el examen concienzudo y vio que la paciente no tenía cura. Lo informó así a una de las hijas de aquella, quien, a su turno, le hizo saber que la señora estaba sometida a una dieta rigurosa. “Esa dieta es inútil y no sirve sino para atormentarla”, le contestó el facultativo. Y el diálogo continuó: De modo, doctor, que podemos darle tamales, que le gustan mucho?

--- Dele tamales, señorita.
También quiere comer carne de cerdo, doctor.
--- Déjela que se coma su marranito.
Chocolate, puedo darle, doctor?
--- Claro, que se tome su cacaíto.
Y puede comer lo demás, doctor?
--- Sí, señorita... Lo demás es obra de carpintería!

Tolón Tilín

A uno de los sobrinos del doctor “Carramplón” le preguntaron en su colegio si su tío era buen médico. El muchacho respondió con la misma frescura de su pariente: “Yo no sé si será buen médico; lo único que sé es que todos los pacientes se le mueren, pero como el hombre es tan buena gente, a todos los acompaña, vestido de riguroso luto, hasta el cementerio”.

Ética y formación del talento humano en salud

Por: Juan Guillermo Londoño Cardona
Médico ginecologista, UdeA

“La ética de la que hablo, es la que se sabe afrontada en la manifestación discriminatoria de raza, genero, clase. Es por esta ética inseparable de la práctica Educativa, no importa si trabajamos con niños, jóvenes o adultos, por la que debemos luchar”. Paulo Freire.

A raíz del rotundo fracaso del sistema de salud colombiano, se ha venido hablando de reformas sustanciales a la ley: que se requiere un sistema integral, que la solución es la medicina familiar, que se requieren mas especialistas, que es necesario la implementación de atención primaria en salud, de redes integrales e integradas, que lo importante no es investigar por que nos enfermamos sino como mantenernos sanos etc.

Tal vez el asunto está por otro lado y la frase de Paulo Freire puede darnos pistas sobre lo que en realidad necesita el sistema de salud colombiano, en particular la formación del recurso humano en salud y en general la formación de todos los profesionales, puesto que la crisis ética que azota a Colombia, no afecta solo a la salud, es general.

El problema del sistema de salud colombiano no es económico. Es ético. La quiebra de cientos de hospitales, los servicios de urgencias reventados, un sistema centrado en la enfermedad, los médicos con salarios de hambre o sin salario, los paseos de la muerte que a diario se repiten desde hace 23 años, la falta de integralidad y fragmentación en la atención, la falta de regulación, la epidemia de hambre que mata a diario niños en todo el país y en especial en la Guajira, no ocurren por razones económicas sino éticas.

Desde su concepción, la Ley 100 que creó el Sistema General de Salud en Colombia desconoció la salud pública, la investigación, la educación médica, la ética y priorizó el “negocio de la salud”. Un sistema de salud creado por neoliberales adoradores y promotores del capitalismo salvaje, no podía ser de otra forma. Las grandes EPS que quebraron y arrasaron con IPS y con cientos de vidas, no fueron víctimas de un sistema sin recursos, fueron victimas de un ejército de corruptos que robaron y dilapidaron los dineros del sistema. Para estos corruptos lo más atractivo de ese sistema de salud son los 20.8 billones de pesos de su presupuesto y no la oportunidad de crear mejores condiciones de vida para los colombianos. Entregar billones de pesos del sistema de salud a los corruptos es como amarrar perros con longaniza como demostración de indolencia, opulencia y derroche. Uno se pregunta donde esta la famosa “austeridad inteligente” que pregona el gobierno. Al menos de

inteligente muy poco, más bien cómplice, que no ingenua.

Desconociendo la raíz del problema, el Ministerio de Salud presenta otra reformita promoviendo la integralidad en la atención como si ese fuera el problema. Cuando quienes manejen el sistema sean individuos con una sólida formación en ética, en salud pública y en derechos humanos, la atención en salud será de carácter integral, no habrá más paseos de la muerte, será prioritario cancelar la deuda a los hospitales, no se desviarán los dineros de la salud para viajes de turismo, obras de arte, canchas de golf ni automóviles lujosos y la atención a los enfermos tendrá como prioridad mejorar sus condiciones de vida y no enriquecer a unos pocos con ganancias vulgarmente altas en medicamentos como ocurre actualmente y de manera impune con la atención a enfermos con cáncer y otras enfermedades de alto costo.

“... El problema del sistema de salud colombiano no es económico. Es ético. La quiebra de cientos de hospitales, los servicios de urgencias reventados, un sistema centrado en la enfermedad, los médicos con salarios de hambre o sin salario, los paseos de la muerte que a diario se repiten desde hace 23 años,...”

Solo una reforma requiere el sistema de salud en Colombia: la incorporación en los currículos de las facultades de la salud de la ética, el humanismo, los derechos humanos y la salud pública como ejes transversales en la formación del talento humano. Cuando eso ocurra y el sistema sea dirigido por profesionales idóneos, seguramente se reducirá la corrupción que reina en todos los sectores y con ella los paseos de la muerte, habrá atención oportuna en los servicios de urgencias, no se cerrarán más hospitales, se respetará la autonomía médica y no habrá más muertes de niños por hambre.

La salud y la vida de los colombianos depende de un cambio radical en la formación del talento humano en salud y en la forma como se seleccionan quienes tendrán las riendas del sistema. No pueden ser los políticos corruptos ni instituciones con conflicto de intereses quienes decidan quienes dirijan el sistema de salud. Una reforma en este sentido reducirá costos en dinero y en vidas de los colombianos más vulnerables.

Por último, la Superintendencia de Salud que ha sido testigo mudo de esta debacle del sistema, tendría un papel todavía más pasivo que el que ha desempeñado hasta la fecha y hasta podría reducirse a la mínima expresión, de todas formas de poco o nada ha servido.

A solas con la Abogada Elizabeth

Extractos de unas conversaciones con la doctora Elizabeth Escobar, Abogada defensora del doctor Lotero.

Este es un capítulo del libro CRÓNICA DE UN PROCESO, publicado por la Universidad CES, que toca el aspecto humano de las demandas médico legales.

Se consigue en el CES o con el autor en emilioestrepo@gmail.com

Emilio Alberto Restrepo
www.emilioestrepo.blogspot.com
<http://about.me/emilioestrepo>
[@emilioestrepo](https://twitter.com/emilioestrepo)

Si desea conocer MIS LIBROS:
<http://emilioestrepo.blogspot.com.co/p/libros-de-emilio-alberto-restrepo.html>

“...A mí me parece, a fuerza de conocerlos, que los médicos no son tan fríos y descorazonados como quieren parecer, ni tan santos ni sublimados como algunas personas los han encumbrado.

Detrás de todo médico hay un ser humano con toda la carga de defectos y virtudes propias de cada persona, influenciado por el hogar, las oportunidades, la formación, los valores y todo lo que incide en uno como ser social.

Los he visto de todas las pelambres, arrogantes e indiferentes, multimillonarios y típicos clase media, ordinarios y refinados, cultísimos e intelectuales y agrestes como arrieros. Desprendidos y generosos y avaros y cicateros.

Sólo de una forma los he visto iguales: cuando están demandados, hablando frente a un fiscal o en las fauces de un abogado acusador.

Ahí todos son unos corderitos, mansas palomas, versiones mejoradas de Gandhi y la madre Teresa de Calcuta cruzados con el Papa y San Francisco de Asís. Ahí sí están completamente atentos y receptivos, ahí sí escuchan razones y argumentos con total interés.

Tengan o no la culpa, sean o no en realidad responsables de lo que se les imputa, en esas circunstancias es en donde muestran toda su dulzura, todo su humanismo, toda su dialéctica, toda su vocación regida con absoluto apego al juramento hipocrático. Ahí sí son prohombres rayando en la santidad.

Porque según he visto, al médico no le queda del todo fácil tener un equilibrio permanente, mantener la ecuanimidad. Sus horarios son aberrantes y casi impredecibles. Tienen que salir de su casa en plena reunión social o en pleno descanso a responder una llamada de la clínica o de un paciente en apuros, muchas veces por bobadas producto de la intensidad y el nerviosismo de las partes implicadas. Ganan siempre menos dinero del que ellos quisieran o de lo que la sociedad cree, pues han sido genuinamente golpeados por las transformaciones de la ley. Personalmente me ha correspondido revisar este aspecto, pues todas las demandas amenazan con tocar lo económico.

Están expuestos a mil enemigos, violencia en la ciudad, amenazas de asesinos, insultos de borrachos, presiones de familiares, acechanza de abogados antiéticos o sin trabajo, seguimiento rastreador por parte de las empresas de salud, hostigamiento por parte de los auditores médicos. Todo el mundo espera que los pacientes se alivien porque si no, le caen e inculpan al médico, con o sin razón.

Cada vez tienen menos tiempo para la recreación, para la familia, los gerentes presionan y en pocos minutos tiene que interrogar, examinar, dictaminar, formular, llenar múltiples papeles formales. Si algo le falta, todo el mundo le cae, le reprocha y lo recrimina. Si todo está bien, para eso le pagamos, es lo que se espera que haga.

Y detrás de ellos siempre hay un familiar exigente, grosero o demandante, un colega celoso o desleal buscándole la caída para hacerlo resbalar en la desgracia, una enfermera resentida u oportunista que se quiere ganar su comisión con los abogados litigantes conocidos como mortecineros, que se mantienen como raposas carroñeras esperando a ver que sobrado les toca.

A estos pobres galenos les cae una demanda y se les viene el mundo encima. Los he visto llorar en mi oficina, jurar de todas las formas que no son culpables. El sueño se les perturba, el carácter se les vinagra. Más de uno se ha separado durante o luego de un proceso médico-legal. Por encima se les evidencia la tensión que los perturba. Me han expresado sus profundas dudas existenciales y filosóficas sobre el valor real de su vida, de su compromiso, de su función social.

Por experiencia yo se que casi todos son responsables y diligentes.

No hay que ser un pícaro o un metalizado para terminar en un proceso como sindicado de un delito. Las cirugías son peligrosas, las drogas o los aparatos pueden ser erráticos e impredecibles. Los pacientes están mucho más enfermos de lo que a simple vista aparentan. En fin, como decía un profesor mío, es sino estar ejerciendo para que lo demanden a uno.

Por eso me gusta cuando algún médico sometido a una injusticia monta un proceso de contra demanda. Ahí sí los demandantes, familiares, pacientes o abogados se vuelven dulces ovejitas al ver que es ya su patrimonio el que está amenazado por su proceder injusto o arbitrario. Ahí sí ruegan y piden comprensión o amenazan o llegan a las vías de hecho, cuando son de más baja calaña.

En mi trabajo como penalista especializada en derecho médico, he acompañado muchos casos. En justicia, casi todos se ganan, pues se logra demostrar que no hubo intención de dañar, que la complicación estaba descrita y el riesgo fue asumido a conciencia. Sólo pierden los que realmente fueron negligentes, o no aparecieron o abandonaron al paciente o lo estafaron sin contemplación (Como por ejemplo un

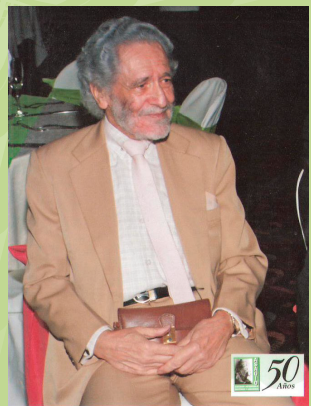
médico general haciendo cirugía plástica o cirugías abdominales para las que no estaba capacitado) o llegó borracho a operar o por no leer la historia lo operó de otra cosa distinta o se puso a experimentar con drogas sin analizar bien el caso, o le gustaba practicar abortos en los casos no contemplados por la ley y se complicó o lo pillaron, etc, siempre en contra de la lógica, del sentido común, de la responsabilidad o de la ética.

Cuando decido tomar un caso para defenderlo, lo primero que trato es de involucrar al médico en el proceso como primer interesado y responsable de su propia defensa; lo hago estudiar, buscar artículos y expertos, leer la historia, repensar mil veces en las salidas posibles; lo pulo un poco en el discurso, pues son muy dados a hablar de todo y terminan enredándose, contestando lo que no les preguntan y complicando las cosas. Les enseño a manejar el tono para que suene neutro y respetuoso, sin arrogancias ególatras ni terminachos técnicos que no se entienden.

Con el médico Lotero me ha ido bien, pues además de asustado y sacudido, estaba cuestionado pero dispuesto.

Su carácter conciliador me permitió darle pautas para su defensa y en esto estuvo comprometido a cabalidad. No pasaba un día sin una idea, una novedad, una estrategia. Las cosas se presentaban muy complejas, dados la fuerza del testimonio en contra emitido por un médico que lo conoce de cerca, por el dictamen médico legal, por las pruebas aunadas, por el desenlace letal del caso, por la intensidad de la familia y del abogado y por el monto desorbitado del valor de la compensación económica, algo nunca visto en la ciudad.

No sé, el caso es bien difícil, pero se está tratando de demostrar que no hubo mala intención, ni negligencia, ni impericia como lo argumenta la parte demandante.



In memoriam

Dr. Byron Ríos Castro

Por el doctor: Gustavo Martínez

Si el Doctor Castañeda nos enseñó ser empresarios y líderes y el doctor Lucena, nos enseñó el poder de la innovación, el doctor Byron, nos enseñó el poder del corazón.

B R I O S (Byron Ríos Castro), es como él, se firmaba. Y así era. Incansable. Nunca paraba. Trabajaba días o meses enteros seguidos en un proyecto. Se mataba por cada paciente. Se esforzaba por cada cirugía. Estudiaba diario. Trabajó hasta casi el último día de su vida.

Su trabajo y su vida se fundían en uno. Vivía y trabajaba en el mismo edificio.

El Doctor Byron, le dio amor y tiempo a cada paciente que tuvo, que eran incontables. Sabía cómo llegarle al corazón a cada paciente y luchaba hasta el final, hasta sacarlo adelante.

Como presidente de ACFE, logró construir una cohesión nacional, inusual para aquella época, que persistió por muchos años. Recuerdo mucho su libro de normas éticas y, me consta que, se lo entregó personalmente a cada infectólogo de su tiempo, en su Congreso en Cartagena.

Fué pionero y estrella de la laparoscopia.

Su tesón para sacar adelante el CEFES, sus bríos de trabajar y trabajar, hicieron de él, un émulo constante para todos los que tuvimos la suerte de ser sus alumnos.

Tuve la dicha de ser uno de los “discípulos amados” del Doctor Byron, como me decía siempre Libia Adriana, su esposa. Y es que hablar del Doctor Byron, sin mencionar a Libia Adriana, sería como desfigurarlo. Aquí si queda perfectamente claro que, detrás de cada gran hombre, hay siempre una gran mujer.

Fui un afortunado por estar dentro de su corazón.

A él, siempre lo recordaremos con su sonrisa eterna, su buen ánimo y por ser el soñador de tiempo completo, que siempre nos embrujo.

Muchas gracias, Doctor Byron.

Hasta siempre...

