

general del derecho a la objeción (que en muchos casos habrá que pleitear ante los tribunales de justicia); pero si formulamos la pregunta desde el contexto profesional: ¿el médico general y de familia tiene derecho a la objeción de conciencia profesional con vistas a la intervención en la interrupción voluntaria del embarazo? Desde una posición ius-positivista, como es la que formula la Ley española de salud sexual y reproductiva, diremos que a ellos no les alcanza el derecho a la objeción de conciencia porque no son ejecutores inmediatos de la acción de abortar.

A mayores, añadimos que el deber profesional de acompañante de sus pacientes en los trances difíciles de su vida, parece hacer vislumbrar que es

una acción éticamente correcta y benéfica el estar “hasta dónde se pueda” al lado de la paciente, informarle, ayudarle a tomar la mejor decisión, respetando su autonomía y el proyecto de vida que se proponga realizar, aunque no coincida con nuestros valores personales y con las decisiones que nosotros tomaríamos.

La actuación del médico en conciencia se mide por su limpieza de ideologías, de sectarismos; sin tener miedo a contaminarse si se pone en contacto con el problema; manteniendo su respeto a la autonomía del interlocutor dentro del proceso de información profesional; sin quiebra de la personal fidelidad ética personal, pero que no puede ser impuesta, en conciencia, al otro.

■ DEBATES CON EL EXPERTO EN ...

OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN

CON LA COLABORACIÓN DE ASTRAZENECA

Fernando Gonçalves Estella

Médico general y de familia. Centro de Salud Almeida. Zamora

Que “la vida es bella” es un dicho tan cierto, palpable y pedagógico que pocos en plenitud de facultades mentales nos atreveríamos a cuestionar. Pero un no menor grado de certeza deberíamos conceder a ese otro axioma que afirma que, a veces, “la vida es un mar de lágrimas”.

Ambos aforismos, sin duda, podremos convenir que son ciertos siempre que seamos capaces de aceptar de antemano ese otro condicional que asevera que “cada cual cuenta la feria según le va en ella”.

Al final, como en casi cualquier otra experiencia

vital, se corrobora que la satisfacción ante la vida muy probablemente sigue con terquedad la teoría de los tres tercios, que aquí aplicada vendría a dar fe de que para un tercio de los mortales la vida es hermosa y plena, para otro tercio se vive porque hay que vivirla que para eso nacimos, mientras que para el tercio restante el hecho de vivir dejaría mucho que desear en tanto que experiencia filosófica, vivencial y personal. Es evidente que cada persona incluida teóricamente en cada uno de los tercios en un momento dado, que no son estancos, pertenece a él solamente en ese momento puntual

en el que establecemos el corte, pero puede cambiar de grupo o tercio a lo largo de su ciclo vital.

Es más: si desmenuzáramos y ahondáramos en el estudio del último tercio de los citados, a su vez a un tercio de las personas en él incluidas, en ese momento el mero hecho de nacer les enfrentará a un sufrimiento moral, específico y doloroso, como es la experiencia personal e intransferible de la depresión. ¿He dicho *el mero hecho de nacer*? Esa afirmación tan a la ligera ¿traduce una aceptación personal de teorías predeterministas? No lo sé.

Lo que sí sé con seguridad es que, desde que al principio de los tiempos el hombre comenzó a vivir rodeado de los suyos, formando grupos sociales, en un momento concreto alguien debió de percibir que al ser humano, que a su lado tenía, le estaba sucediendo "algo" dentro de él que le condicionaba muy negativamente su desarrollo pleno en sociedad, a veces hasta el punto de incapacitarlo para sus labores habituales. Y que ese "algo", tenía una expresión de inhabitual tristeza, incapacidad para disfrutar y afectación de sus actividades, que junto con otros variados signos y síntomas conformaban una entidad nosológica concreta, que hoy llamamos depresión. Quizás, en aquel mismo momento, el uno pasó a asumir el rol de médico y el otro el de su paciente, para intentar superar aquel trance.

Desde entonces el hombre-médico debió poner, y puso, todos sus esfuerzos en aprender a reconocer la sintomatología clínica de dicha patología, a su detección, pero, también de inmediato, a hacer sus interpretaciones de tales padecimientos, con mayor o menor fortuna, y a preguntarse con reiteración por sus causas, para así poder aportar el tratamiento más adecuado a la solución del caso.

Han pasado desde entonces miles de años, durante los cuales los hombres de ciencia no han cejado en sus esfuerzos por intentar conocer las posibles causas que son capaces de provocar la aparición de tales cuadros clínicos.

A lo largo de estos siglos, la interpretación que los hombres de ciencia han dado de la depresión,

ignorancia obligada de por medio, ha sido de lo más variopinta y personal. Desde la implicación divina a la humana culpa, pasando por la demoníaca, la psicológica, la estacional, la bioquímica, la hormonal...

Así, para Hipócrates, s. V-IV a. de C., que en su aforismo 23 afirmaba que "si el miedo y la tristeza perseveran mucho, hay melancolía", la bilis negra, traducción literal de palabra melancolía, constituía el agente causal.

Areteo de Capadocia, a mediados del siglo I d. de C., definió la melancolía como "la congoja del espíritu fijada en el pensamiento sin fiebre".

Galeno, s. II d. de C., postuló que "las funciones psíquicas estaban centradas en el cerebro, que serían directamente afectadas en la melancolía".

En la Edad Media, por el pensamiento mágico y la tendencia a la interpretación demonológica de la enfermedad mental, se muestra el estado depresivo como consecuencia y casi como castigo de una existencia culpable.

Para San Isidoro de Sevilla, s. VII d. de C., la desesperanza estaba "causada por el pecado y se aliviaría mediante la confesión y el retorno a la vida ordenada".

Timothy Brighth, en 1586, en su tratado de la melancolía la rechaza en tanto que "una conciencia de pecado"; y Francisco Vallés, médico español, 1524-1592, rechaza también el concepto demoníaco de la melancolía, de la que ya afirma "está producida por intermedio de causas naturales".

Griesinger, 1817-1868, consideró la depresión como "debida básicamente a un trastorno cerebral funcional" al tiempo que reconoció la importancia de los factores psicológicos como "precipitantes".

La evolución de las ciencias, y específicamente de la investigación médica a partir de la segunda mitad del siglo pasado, ha supuesto un salto enorme en el conocimiento de las posibles causas de la depresión. No todo sería por alteración psicológica de la persona, ni quizás todo por una base biológica y organicista de la enfermedad, pero ambas esferas estarían íntimamente implicadas. Y la

investigación abarcó extensamente a ambas. Así, ya en 1970 la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que se disponía de más información sobre la bioquímica de las enfermedades afectivas que de cualquier otro trastorno psicopatológico. Los aspectos biológicos de las depresiones de distintos tipos, genéticos, neurofisiológicos, neuroendocrinológicos, electrolíticos, neuroquímicos y otros, de una extensión inimaginable tan solo hace unos años, son fuente de nuevos conocimientos, siempre en permanente cambio. Y como ejemplo, las teorías monoaminérgicas de la depresión, han supuesto uno de los mayores hitos en su estudio, con consecuencias terapéuticas muy importantes en la práctica clínica. Sin embargo, nuestros conocimientos actuales, a pesar de su casi inabarcable amplitud, no nos permiten aún explicar la causa de todas las depresiones, ni tampoco asegurar el éxito

terapéutico en un número nada despreciable de casos.

La desesperante multifactorialidad de la depresión, mejor conocida cada día afortunadamente, hace que la investigación psicofarmacológica no cese y día a día permita nuevos logros terapéuticos aplicables en la clínica cotidiana.

Y así como cierto es que el que busca la verdad corre el riesgo de encontrarla, no lo es menos que “del futuro sólo sabemos que será diferente” (J.L. Borges). Y ambos asertos, también son aplicables en la terapéutica de la depresión.

En esa esperanza radica nuestro optimismo en que, a medio plazo, nuevos éxitos en la psicofarmacología de la depresión impliquen el que podamos lograr una mayor tasa de remisión en el tratamiento de la enfermedad que, sin lugar a dudas, mayor sufrimiento genera en el ser humano.

ENFERMEDADES IMPORTADAS

Moderador:

José Carlos Quintas Fernández

Ponentes:

Germán Camilo Bass del Campo. Presidente de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. Chile

Dagoberto Abán Velázquez. Médico general y de familia. Bolivia

Arturo Blas Sánchez. Presidente de la Asociación de Médico Generales del Valle de México

Nelly Margarita Cazar. Presidenta de la Sociedad Venezolana de Medicina General

Rubén Arón Sosky Giménez. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina General

Rafael Pimentel Pimentel. Presidente de la Sociedad Dominicana de Médicos Generales y Atención Primaria

Muchos de los países que se localizan en la franja templada de la Tierra presentan, de forma endémica, enfermedades que están erradicadas en nuestro medio o las mismas son muy infrecuentes. Cuando estas enfermedades llamadas *tropicales* se desarrollan en países de nuestro entorno las denominamos “enfermedades importadas”.

Estas enfermedades han ido emergiendo en nuestro

medio, en las dos últimas décadas, a raíz de los movimientos migratorios, el turismo, las adopciones y la cooperación internacional.

Hemos de señalar, no obstante, que la mayoría de estas enfermedades importadas, no suponen riesgo para la población receptora, al no existir en ésta los vectores y/o los huéspedes intermedios necesarios para su ciclo vital.

Ningún punto de la Tierra dista de otro, en el momento actual, más de día y medio, tiempo éste inferior al período de incubación de la mayoría de las enfermedades infecciosas.

El 10% de las enfermedades infecciosas relacionadas con los viajes se presentan dentro de los seis primeros meses del regreso, pero hay enfermedades con períodos de incubación muy largos y que pueden poner en riesgo la salud del viajero años después.

Los viajeros de aventura y los inmigrantes que regresan de visitar a familiares y a amigos son los grupos de mayor riesgo. Estos últimos suelen permanecer fuera de las rutas turísticas y se exponen a situaciones de riesgo más intensas.

El panorama de las enfermedades importadas adopta un patrón similar en casi todos los países de Europa: aumento de enfermedades

importadas por viajeros y de las originadas por la inmigración desde dichos países a Europa.

Los profesionales sanitarios que trabajamos en el mundo occidental debemos estar preparados para afrontar esta nueva realidad. En concreto, los médicos de Atención Primaria deberían conocer la distribución geográfica, el período de incubación y las manifestaciones clínicas más frecuentes de estas enfermedades, para realizar un diagnóstico precoz.

Sin embargo, diversos estudios realizados en Atención Primaria, indican que mayoritariamente los problemas de salud de la población inmigrante son los mismos que los de la población de acogida; la *enfermedad importada* no es un problema frecuente y las infecciones detectadas en este colectivo son similares a los de la población autóctona.

MONITORIZACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE ARTRÓSICO. OTRAS POSIBILIDADES

CON LA COLABORACIÓN DE BIOIBÉRICA

Ingrid Möller Parera

Reumatóloga. Directora del Instituto Poal de Reumatología. Barcelona

La artrosis es una causa frecuente de consulta al médico de Atención Primaria, y genera primeras y sucesivas visitas al estar asociada con episodios de dolor crónico, disfunción articular y diferentes comorbilidades. Su coste económico, tanto para el enfermo como para la sanidad pública, es elevado. La repercusión sociolaboral de la enfermedad, más difícil de cifrar, es importante. La medición de la eficacia de un tratamiento de artrosis es compleja; los criterios utilizados y validados son de dos tipos: cuestionarios algo funcionales o escalas de medi-

ción del dolor y radiología, ya que por el momento no existen biomarcadores que hayan demostrado suficiente validez.

La radiología se utiliza aplicando escalas diagnósticas (Kelgreen-Lawrence, Altman) con escasa sensibilidad al cambio en monitorización terapéutica. La disociación clínico radiológica de la artrosis es conocida; pacientes con síntomas característicos apenas tienen alteraciones objetivables en radiología simple. De otra parte, en la artrosis prerradiológica ya existe deterioro del cartílago y modificaciones del

hueso subcondral pero la sensibilidad de la técnica no permite visualizarlos.

En resonancia magnética nuclear se están desarrollando sofisticados sistemas de medición del daño estructural y de la actividad inflamatoria del enfermo artrósico cuya aplicación en monitorización terapéutica resulta de interés a la hora de realizar ensayos clínicos.

La ecografía musculoesquelética de alta resolución se está imponiendo como una técnica de imagen sencilla que permite evaluar tanto el daño estructural representado por la alteración del perfil

óseo y del cartílago como la actividad inflamatoria. Su aplicación a pie de camilla, en la misma consulta, resulta cómoda para el médico y el paciente, es segura y económica. Su limitación es que requiere una curva de aprendizaje lenta, ahora algo acortada gracias a la cada vez mejor resolución de las nuevas máquinas de ultrasonidos. Estos talleres se enmarcan dentro de este objetivo: mostrar al médico de forma práctica las posibilidades de evaluación ecográfica del enfermo artrósico y las posibilidades de medir con ecografía la eficacia terapéutica.

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

José Luis Gómez Márquez

Médico forense. Pontevedra

En este *Debate con el experto en...* se pretende abordar algunas de las múltiples cuestiones o aspectos con implicaciones legales que, en el día a día, pueden surgir en la consulta del médico de Atención Primaria.

A menudo, los clínicos desconocen la trascendencia legal de muchos de sus actos y decisiones; los aspectos judiciales suelen ser un terreno ajeno y distante que crea cierta inseguridad y en el que el médico asistencial se mueve no sin ciertas dificultades. Conocer aspectos básicos de actuación, así como el previsible alcance de las decisiones clínicas, ofrece tanto seguridad al propio médico como un servicio a su paciente.

La primera de las cuestiones que se abordarán es el Internamiento Psiquiátrico Involuntario; cuándo debe ser interpretado como involuntario y las diferentes formas de actuación en casos urgentes y no urgentes. Asimismo se tratarán la coordinación en estos casos con el Juzgado de Guardia y las medidas a adoptar para efectuar los traslados de

los pacientes. En este mismo sentido se incidirá en las dudas que puede generar la asistencia a detenidos en los servicios de urgencia, en qué condiciones puede y debe hacerse y cómo y a quién debe informarse sobre dicha asistencia.

Otra de las cuestiones que forman parte del día a día en la consulta es la emisión de los correspondientes "partes judiciales de lesiones" o los propios informes clínicos que se elaboran en las atenciones a los pacientes en casos en los que se prevean implicaciones legales. Conocer qué trascendencia tienen los informes, cómo se "usan" posteriormente en el juzgado de guardia y qué aspectos pueden tener trascendencia en los procedimientos judiciales, puede ser de gran interés en la práctica diaria.

Un tema siempre controvertido son los aspectos médico-legales relativos a la historia clínica. En las nuevas formas de relación que se establecen entre médico y paciente, la historia clínica es con seguridad el documento científico, técnico y jurídico más importante que lleva a cabo cualquier médico y uno

de los de mayor calado en la relación entre él y su paciente. Pero no solo eso, sino que se considera prueba fundamental en procedimientos de exigencia de responsabilidades médicas y es motivo de continuo conflicto de intereses entre los derechos a la intimidad y a la propiedad intelectual.

Finalmente creo conveniente dialogar sobre aspectos concernientes a la patología forense en varias de sus vertientes. Por un lado, las dudas que puedan suscitarse con respecto a los certificados médicos y en concreto en los casos de muertes naturales en las que existan aspectos de especial consideración. Por otro, considero que la práctica de la Medicina Forense en los últimos años, y muy especialmente de la Patología Forense, ha comenzado a trascender claramente el ámbito judicial para introducirse poco a poco en el de la Medicina Clínica y en sus vertientes más sociales. El estudio, valga de ejemplo, de la muerte súbita tanto infantil como del adulto tiene una trascendencia clínica y

sobre todo social y familiar de primera magnitud por el hecho constatado de que determinadas enfermedades cardíacas con carga genética o las trombofilias, a raíz del estudio de tromboembolismos pulmonares, son procesos de especial importancia por las repercusiones que pueden tener en otros miembros de la familia. La Medicina Clínica debe reparar en la valiosa información que la Patología Forense de calidad puede aportar. No cabe duda de que en tan solo unos años la Patología Forense en España ha iniciado un camino con un horizonte que va más allá de la asistencia a los tribunales y fiscalías. Tiene obligación de compromiso con la sociedad a través de la práctica clínica diaria y en este sentido considero fundamental el papel del médico de Atención Primaria. Por eso creo que deben buscarse vías de colaboración regladas o protocolizadas entre los servicios de Patología Forense y el médico generalista para que la sociedad pueda obtener un beneficio real.

Enfermedad de Parkinson

José Rondán García (moderador)

Médico general y de familia. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia

La enfermedad de Parkinson (EP) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que se estima afecta al 1% de la población mayor de 50 años, incidencia solamente superada por la enfermedad de Alzheimer. Los síntomas de esta enfermedad los encontramos descritos en los textos más antiguos conocidos, vedas (200-1500 a. de C.), Antiguo Testamento, tratados de medicina china Nei-kin (800 a. de C.), también hablan de estos síntomas Hipócrates y Galeno y posteriormente, entre otros, encontramos a Leonardo da Vinci, pero no es hasta 1817 cuando James Parkinson, médico general inglés, es quien por primera vez habla del grupo de síntomas que caracteriza a esta patología, agrupándolos como

una entidad nosológica a la que se refiere como *parálisis agitante* y que describe como "movimientos temblorosos involuntarios, con disminución de la potencia muscular en la movilidad pasiva y activa, con propensión a encorvar el tronco hacia adelante y pasar de caminar a correr, los sentidos y el intelecto no sufren mayor daño". Posteriormente Jean Marie Charcot añade a esta descripción la rigidez y por primera vez la denomina enfermedad de Parkinson. Un gran impulso para el estudio de esta patología lo dan Ramón y Cajal y Sherrington con sus estudios anatómicos y fisiológicos de los ganglios basales que sientan las bases para que en 1919 Constantin Tetriakoff descubra que la lesión asienta en la Sustancia Nigra y

que, más adelante, Carlsson, en 1956, estableciese el papel de la disminución de la dopamina en esta patología, hecho sometido a importantes controversias durante varios años, hasta que en 1960 Hornykewicz y Birkmayer demuestran que los cerebros de los parkinsonianos tienen menos del 80% de dopamina y establecen su efecto terapéutico inyectándola directamente. Posteriormente, George Constantin Cotzias inicia el tratamiento de esta enfermedad con dosis progresivas de L-Dopa, convirtiéndose, hasta hoy, en el tratamiento de elección de esta enfermedad.

Desde que James Parkinson describiera este cuadro hasta hoy, la calidad de vida de estos enfermos ha cambiado mucho, pero a pesar de los logros conseguidos las limitaciones que conlleva esta patología son todavía muy importantes y los retos que dichas limitaciones establecen son apasionantes: hoy no basta con mejorar la calidad de vida del paciente parkinsoniano, disminuyendo el temblor y la rigidez y retardando el momento de la postración definitiva de este enfermo. El arsenal terapéutico se ha incrementado notablemente con nuevas moléculas de las familias de dopaminérgicos, inhibidores de la COMT e inhibidores de la MAO-B, con una mejora notable en los resultados, pero también con

la aparición de nuevas complicaciones a superar, como son la aparición de discinesias, efecto "off", importantes secundarismos de estos grupos de fármacos. También tenemos la irrupción en este campo del tratamiento rehabilitador, en donde las mejorías en la velocidad de la marcha y la longitud del paso actualmente son los objetivos principales de la terapia de la marcha en los pacientes con enfermedad de Parkinson. Pero, con todos los avances conseguidos en esta enfermedad, el diagnóstico sigue siendo clínico, en la gran mayoría de los casos este diagnóstico se sigue haciendo en las consultas de Atención Primaria (AP) y el seguimiento de estos pacientes se sigue haciendo en la AP hasta que la aparición de las complicaciones hace necesaria la intervención del especialista hospitalario. Por ello, la formación del médico de primaria en esta materia es de una extraordinaria importancia y justifica sobradamente la decisión de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) de dedicar un espacio de su Congreso para debatir sobre esta patología, buscando tanto la adquisición de nuevas habilidades por los profesionales de primaria en el manejo de estos enfermos como la aportación de la AP al estudio de esta enfermedad.

■ DECISIONES A LA CABECERA DEL PACIENTE CON...

AGITACIÓN PSICOMOTRIZ

José María Blanco Loberías

Jefe de la Sección de Psiquiatría del Complejo Hospitalario de Pontevedra

Una de las situaciones que genera mayor tensión en ejercicio de la Medicina son las conductas de agitación o agresivas que puede presentar cualquier paciente en el contexto de una enfermedad somática o psíquica.

La agitación psicomotriz se considera un síndrome donde se engloban trastornos de la conducta motora asociados a desórdenes de la esfera emocional.

Cualquier profesional sanitario a lo largo de su trayectoria vital suele encontrarse con pacientes agitados