

EDITORIAL



El testimonio experto del profesional de la salud a la luz del nuevo sistema acusatorio colombiano

A partir del primero de enero del año 2005, el profesional de la salud colombiano podrá ser llamado a los estrados judiciales, a declarar como testigo experto, en cualquier hecho punible del cual tenga conocimiento. El testigo experto según el nuevo Código de Procedimiento Penal (1) ayudará a la justicia con sus conocimientos científicos, técnicos, artísticos o especializados. Las partes podrán presentar informes de peritos de su confianza y solicitar que éstos sean citados a interrogatorio en el juicio oral y público, acompañando certificación que acredite la idoneidad del perito.

No será extraño que entrado el 2005, los profesores de nuestra facultad, reconocidos expertos en diferentes campos de las ciencias médicas básicas y clínicas, sean solicitados por los jueces, fiscales y abogados de parte, privados, para estudiar un caso y ayudar a las autoridades o a la parte de la defensa en el esclarecimiento del mismo. De igual forma, las autoridades acudirán principalmente a los peritos: expertos de la policía judicial, del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, de entidades públicas o privadas, y particulares especializados en la materia de que se trate, para que éstos presenten sus informes y sean citados al juicio oral y público, a rendir testimonio en relación con el caso peritado. Rendido el testimonio en el juicio oral, se convierte en plena prueba y el profesional de la salud en testigo experto.

La parte de la defensa recurrirá mediante el pago de honorarios, a profesionales de la salud, expertos científicos privados para controvertir, la mayoría de las veces, lo informado o declarado por el perito oficial. En este debate oral, público y científico hará luz la verdad y entonces el juez decidirá tener en cuenta el testimonio del experto oficial o privado, para hacer justicia. Esto significa que por ejemplo, cuando el médico conozca de lesiones personales, delitos sexuales, violencia intrafamiliar, homicidios accidentales o no, suicidios y todo tipo de delitos que se relacionan con el ejercicio profesional de la medicina, podrá ser llamado a testimoniar en el juicio oral y público. Por ello es bien importante que los estudiantes de pregrado, postgrado y los docentes de la Facultad de Medicina y del área de la salud estén atentos y se eduquen en torno al nuevo sistema acusatorio, que se aplicará inicialmente en esta capital y la región cafetera, para luego implementarse de forma gradual en toda la nación.

El sistema procesal penal actual de carácter mixto y de corte inquisitivo, es decir, basado en la acumulación de escritos en el sumario, de larga duración y tradicional en Colombia, será reemplazado por un sistema oral, llamado acusatorio, expedito y público, muy parecido al norteamericano. El cambio que se avecina en las diferentes etapas del proceso penal colombiano es importante, los médicos y profesionales de la salud no podemos quedarnos a la espera de su implementación y es

un deber de cada uno, conocer la nueva legislación vigente a partir del primero de enero y saber como nos afecta, dada esta nueva faceta de vida profesional que podrá ser requerida por la justicia en cualquier momento. En realidad, se trata de un cambio de paradigma en el proceso penal y los profesionales de la salud debemos estar preparados para asumir este nuevo reto.

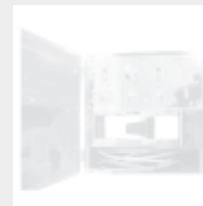
Médicos argentinos, chilenos, brasileños, venezolanos, panameños y ecuatorianos, por ejemplo, desde hace algunos años, luego de la implementación de este modelo de sistema jurídico en sus respectivos países, han sido requeridos para actuar como peritos en el juicio oral y el proceso de adaptación al nuevo sistema, muchas veces ha sido difícil, especialmente cuando el profesional de la salud, no conoce de que se trata, pues lo considera lejano a su quehacer profesional. Esto ha llevado entre otras razones, al desarrollo de nuevas especialidades médicas de tipo forense.

A partir del 2005, va a crecer el número de solicitudes de opiniones expertas, demandadas a los profesores del área de la salud de esta alta casa de estudios. Situación que debe ser analizada de forma personal, profesional y en el ámbito académico de nuestra facultad. El hecho de ser funcionario público, hará que las autoridades colombianas soliciten todo tipo de opinión experta que ayude al proceso investigativo y al esclarecimiento de cualquier hecho punible que lo amerite. De igual forma, los abogados defensores en lo penal, recurrirán cada vez más, a profesores eminentes de nuestra facultad, para precisar de sus servicios y presentarlos durante el juicio oral. Su testimonio será de vital importancia durante el proceso, siempre mostrando su capacidad científica, su idoneidad, su rectitud moral y ética, todo lo cual, sin lugar a duda, ayudará a impartir determinaciones quizás más justas, tendrá la oportunidad de debatir o controvertir lo informado por los peritos oficiales o tal vez compartir su dictamen, pero siempre tendremos en cuenta que pesa sobre nuestros hombros la gran responsabilidad y obligación moral de ofrecer nuestros conocimientos, el alto personal calificado que posee nuestra alma mater, en pro de la justicia y con el fin de aminorar la impunidad que nos rodea.

*Franklin Escobar Córdoba MD.
Magíster en Psiquiatría Forense de la Universidad Nacional de La Plata – Argentina
Profesor Asociado de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia
Correspondencia: feescobarc@unal.edu.co*

Referencias

(1) <http://usuarios.lycos.es/domiarmo/index-190.html>



COMENTARIOS EDITORIALES

La disfagia: su diagnóstico y tratamiento. ¿Quién, cuándo y cómo?

La deglución es un acto complejo, el cual ocurre en cuatro fases: la de preparación oral, que implica la masticación y cambio de la consistencia del alimento para facilitar su consumo; la oral, fase en la cual la lengua propulsa el bolo alimenticio hacia la faringe; la fase faríngea y la esofágica, durante las cuales el bolo pasa por la faringe y se suceden los movimientos esofágicos que permiten su tránsito desde el esófago cervical hasta el estómago. La disfagia, entendida como cualquier alteración en la deglución, puede presentarse indistintamente en estas fases. Se considera que las dos primeras fases tienen un control cortical y que la presencia del bolo alimentario en la orofaringe desencadena las últimas, que están bajo el control autónomo de un centro medular para la deglución, localizado en el tallo cerebral (1).

La disfagia orofaríngea (primeras tres fases), como fue presentada en reciente artículo por Jiménez AL, Lizarazo AM y Ángel LF, es una complicación frecuente que puede presentarse como secuela del ataque cerebrovascular agudo (ACV) (2). Hasta un 65% de los pacientes con ACV presentan disfagia en los primeros días de su enfermedad; cerca de la mitad de los pacientes con disfagia experimenta un aumento de la morbimortalidad bien porque fallecen o sufren alteración hidroelectrolítica, desnutrición severa, neumonía aspirativa o aumento de la estancia hospitalaria y hasta reingreso. Cerca del 40% se recuperan espontáneamente y los restantes conservan un déficit de deglución que afecta su funcionamiento, su recuperación y su calidad de vida (3-7). Otras enfermedades

neurológicas (de la placa neuromuscular, distrofias musculares, etc) causan un tipo de disfagia de más lenta y progresiva aparición y de pobre pronóstico. La ancianidad puede acompañarse de un deterioro de la deglución que incide adversamente en la nutrición de los adultos mayores y favorece la adquisición de neumonía (8, 9).

Diagnosticar y tratar la disfagia es sin duda una inaplazable misión del grupo de salud encargado de la atención del paciente. Su afrontamiento inicial corresponde al médico tratante o al neurólogo, quien debe estar familiarizado con los diversos métodos para identificar la disfagia. Dadas las características mismas de los síntomas y su evolución no hay un método clínico que brinde adecuada sensibilidad y especificidad en el diagnóstico. La utilización de ayudas diagnósticas como video-fluoroscopia o el simple trago de bario poseen muy bajos coeficientes de "coincidencia diagnóstica", lo que las hace operador dependiente en muchos casos. Sin embargo, las técnicas instrumentales (video-fluoroscopia, cindegglución, manometría, entre otras) para la evaluación de la función oral-faríngea han demostrado su utilidad en la detección y manejo de la disfagia; en especial en los pacientes que tienen aspiración asintomática (10,11).

De cualquier forma, evaluar la deglución "a la cabecera del paciente" puede ser tan sencillo como definir primero el estado de consciencia, semisentar al paciente y luego apreciar la deglución de cantidades crecientes de agua, comenzando con 2cc y avanzando hasta 50cc (también pueden usarse sustancias de otras consistencias: yogourth). Se evalúan: la aparición de tos durante y después de deglutir, la cantidad de elevaciones de la laringe, la presencia de

cambios en la voz luego de deglutir, y hasta una pulsioximetría, puede ayudar (una disminución del 2% en la saturación respecto de la determinación basal, se considera positiva). El examen clínico, como siempre, suele dar información que predice la severidad de la disfagia en la video-fluoroscopia. La presencia de dos o más síntomas: disfonía, disartría, tos o cambios de la voz post deglución, alteración de la tos volitiva, anomalía del reflejo nauseoso se relacionan con la severidad de la disfagia, documentada por video-fluoroscopia (11,12). Para los pacientes en mejores condiciones generales bien podría contarse con una lista de chequeo para el personal de enfermería, que apunte a la rápida identificación de disfagia en el paciente que ingresa en hospitalización, asunto que se deriva de la investigación realizada por Jiménez AL, Lizarazo AM y Ángel LF y que se ha recomendado también en otras circunstancias (13).

Se han descrito técnicas para el tratamiento de la disfagia, mediante estrategias directas e indirectas, generalmente administradas por nutricionistas y fonoaudiólogos(os). Las técnicas directas incluyen modificación de la consistencia de los alimentos. Las estrategias indirectas incluyen estimulación de las estructuras oral y faríngea. Sin embargo, no se ha establecido si los pacientes tratados con técnicas de alimentación mejoran más que aquellos que no reciben terapia específica para la disfagia (14-17).

Los pacientes con disfagia severa pueden necesitar alimentación por vía enteral (cada día se usa con menor frecuencia la alimentación parenteral), mediante sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea endoscópica. Los criterios para recomendar una de estas vías alternas de alimentación, continúan siendo imprecisos, aspecto fundamental en el manejo clínico de la disfagia, por lo demás olvidado en la investigación de Jiménez, Lizarazo y Ángel (2).

Recientes revisiones sistemáticas de la literatura científica sobre como deben diagnosticarse, tratarse y alimentarse los pacientes con disfagia; en particular los sobrevivientes de ataque cerebrovascular, concluyeron que se han realizado muy pocos estudios con rigurosidad metodológica que permitan juzgar la eficacia de las aproximaciones de tratamiento. Aun, los existentes y de adecuado diseño metodológico, involucran muy pocos pacientes y sus resultados no son estadísticamente significativos y por ello no resultan generalizables o extrapolables (17,18).

El diseño metodológico tal como se uso en el estudio de Jiménez, Lizarazo y Ángel adolece de las características propias de los estudios sobre eficacia, en tanto no se definieron los grupos de tratamiento ni controlaron las variables dependientes. De manera específica deberían haberse indagado, entre otros, algunos de los siguientes aspectos: evaluación formal de la deglución versus evaluación limitada o no evaluación; tratamiento formal de la deglución versus no-tratamiento o tratamiento parcial, momento y tipo de alimentación etc. El trabajo en cuestión más recuerda los esfuerzos de vigilancia epidemiológica o las cohortes de inceptión, si bien no hubo seguimiento a largo plazo. De la misma manera en los resultados sobre eficacia del manejo de la disfagia deberían haberse incorporado aspectos como: mortalidad al final del estudio; evolución o deterioro neurológico o de la condición de base, evaluados mediante una escala previamente validada; nivel o grado de discapacidad tardía, estimada mediante escalas o sistemas de clasificación ampliamente conocidos; estancia hospitalaria destino del paciente al alta, calidad de vida, desenlaces nutricionales o reingresos por neumonía aspirativa etc (20). En resumen el trabajo de Jiménez, Lizarazo y Ángel presenta los elementos demográficos y diversas intervenciones fonoaudiológicas que mejoran las condiciones de salud de pacientes

con disfagia, atendidos en una institución clínica de Bogotá. A pesar del llamado permanente a la interdisciplinariedad, el trabajo en cuestión olvida muy importantes componentes del desempeño propio de las nutricionistas, de los neurólogos y de las enfermeras que sin duda colaboran al diagnóstico y tratamiento de la disfagia. Conveniría en condiciones clínicas como las referidas por Jiménez, Lizarazo y Ángel, crear grupos interdisciplinarios que asumieran la tarea de vigilar la presencia de disfagia, su diagnóstico y tratamiento facilitando la pronta identificación de los pacientes con mayor riesgo, la adopción de un método rápido y seguro de diagnóstico y una serie de decisiones clínicas, basadas en modificar la consistencia y volumen del alimento y en la terapia fonoaudiológica, que produjeran el mejor desenlace clínico.

Referencias

1. **Logemann J.** Anatomy and Physiology of Normal Deglutition. In Logemann J. Austen, Tese: Pro-ED 1998; 11-36. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders.
2. **Jiménez AL, Lizarazo AM, Ángel LF.** Estudio Cuasiexperimental de la eficacia del manejo fonoaudiológico en pacientes con disfagia, Hospitalizados en la Clínica Carlos Lleras Restrepo. Rev Fac Med Univ Colomb 2004.
3. **Barer D.** The natural history and functional consequences of dysphagia after hemisphere stroke. J Neurol Neurosurg Psych 1989;52:236-241.4.-
4. **Brin M, Younger D.** Neurologic Disorders and Aspiration. Otolaryngologic Clin North Am 1988;21:691-699.
5. **Smithard DG, O'Neill PA, Park C, Morris J, Wyatt R, England R, Martin DF.** Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter?. Stroke 1996;27:1200-4.
6. **Teasell RW, McRae M, Marchuk Y, Finestone HM.** Pneumonia associated with aspiration following stroke. Arch Phys Med Rehabil 1996;77:707-9.
7. **Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA, Foundas AL.** Aspiration in patients with acute stroke. Arch Phys Med Rehabil 1998;79:14-9.
8. **Smithard D, Kenwick D, Martin D, O'Neill P.** Chest infection following acute stroke: does aspiration matter?. Age Ageing 1993;22(suppl 3):24-9.
9. **MariK PE, Kaplan D.** Aspiration pneumonia and Dysphagia in the elderly. Chest 2003;124:328-336.
10. **MariK PE.** Aspiration Pneumonitis and Aspiration Neumonia. N Engl J Med 2001;344:665-671.
11. **HughesT, Willes CM.** Neurogenic dysphagia: the rol of the neurologist. J Neurol Neurosurg and Psychiatry 1988; 64:569-572.
12. **Ramsey DJC, Smithard DG, Kalra L.** Early Assements od Dysphagia and Aspiration Risk in Acute Stroke Patients. Stroke 200#;43:1252-1257.
13. **WolfAM, Taylor SA, McCabe JF.** Using checklists and reminders in clinical pathways to improve hospital inpatient care. MJA 2004;181:428-431.
14. **Logemann J.** Non-invasive approaches to deglutitive aspiration. Dysphagia 1993;8:331-3.
15. **Logemann J.** Approaches to management of disordered swallowing. Clin Gastroenterol 1991;5:269-80.
16. **Lazarra G, Lazarus C, Logemann J.** Impact of thermal stimulation on the triggering of the swallow reflex. Dysphagia 1986;1:73-7.
17. **Finestone HM, Greene-Finestone LS.** Rehabilitacion Medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional magament for stokr patients. CAMJ 2004;1769:1041-1044.
18. **Bath PMW, Bath FJ, Smithard DG.** Intervenciones para la disfagia en el accidente cerebrovascular agudo (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
19. **Diagnosis and treatment of Swallowing Disorders (Dysphagia) in Acute care Stroke patients.** Evidence report/ Technology Assement No.8 (Prepared by ECRI Evidence-based Practice Center under Contract No.290-97-0020) ACPH Publication No.99-E024. Rockville, MD, Agency for Health Care Policy and Research. July 1999.
20. **Jenicek M, Cléroux R.** Épidémiologie Clinique. Applications á la Pratique Générale Quotidienne et á la Recherche Clinique: Diagnostic, Thérapeutique, Pronostic. In Jenicek M, Cléroux R eds. Épiémiologie: Principes-Techniques-Applications. Québec: Edisem Inc.1989:338-362.

Germán Enrique Pérez. MD, MSc
 Profesor Departamento de Medicina,
 Facultad de Medicina
 Universidad Nacional de Colombia.

Janeth Hernández Jaramillo. Flga, MSc
 Profesora Facultad de Rehabilitación & Desarrollo
 Humano
 Universidad Colegio Mayor de Nuestra
 Señora del Rosario