

El hipotiroidismo se trata de una patología prevalente (mayor en la mujer), en un 95% de los casos primario, y cuya incidencia aumenta con la edad. En nuestro medio y en adultos las tiroiditis autoinmunes atróficas y la ablación terapéutica con cirugía o  $^{131}\text{I}$  predominan entre las causas sin bocio, y la tiroiditis de Hashimoto entre las causas con bocio. Los síntomas precoces en el adulto son inespecíficas y de inicio insidioso (tabla 1). Cuando el hipotiroidismo se manifiesta desde el nacimiento y causa anomalías del desarrollo se denomina cretinismo. El término mixedema denota un hipotiroidismo grave con acumulación de mucopolisacáridos hidrófilos en la sustancia fundamental de la dermis y otros tejidos, ocasionando un engrosamiento de los rasgos faciales y una induración pastosa de la piel.

Para su diagnóstico la determinación más útil de forma aislada es la concentración sérica de TSH<sup>4,5</sup>, que aumenta en las variedades tiropriva y asociada a bocio, y suele ser normal o indetectable en el hipotiroidismo hipofisario o hipotalámico. El descenso de la T4 (total y libre) en el suero es frecuente en todas las variedades primarias. Se pueden encontrar cifras de T4 (N) en casos de hipotiroidismo subclínico<sup>6</sup>, debiendo usarse entonces las cifras de TSH. La determinación de T3 en plasma es de poca utilidad. Los anticuerpos antitiroideos aparecen en las tiroiditis, excepto en la de Riedel, y como pruebas de imagen se usa la radiografía de tórax para valorar alteraciones cardíacas y pulmonares, la ecografía del tiroides y la resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC) craneal para estudiar el hipotiroidismo secundario o terciario.

El tratamiento es a base de hormona sintética como la levotiroxina. Es un tratamiento crónico que requiere controles<sup>7</sup>.

Como conclusión, el hipotiroidismo puede cursar de forma insidiosa y con sintomatología muy inespecífica; en nuestro caso una ligera alteración de la bioquímica hepática, sanguínea y renal en un primer momento, acompañada de un discreto edema facial en los meses posteriores, fueron las únicas manifestaciones; por lo que hay que tenerle presente en el diagnóstico diferencial de muchas entidades y no olvidarnos de él si no queremos retrasar diagnósticos.

R. GÓMEZ MORENO<sup>a</sup>, A. CALVO CEBRIÁN<sup>b</sup>,

N. MONGE ROPERO<sup>c</sup>

Médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>a</sup>Centro de Salud Nureduna. Artá. Mallorca.

<sup>b</sup>Centro de Salud Galapagar. Área 6. Madrid.

<sup>c</sup>Centro de Salud Carbonero. Segovia.

## Bibliografía

- Miller KE, Zylstra RG, Standridge JB. The geriatric patient: a systematic approach to maintaining health. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1089.
- Burmeister LA, Ganguli M, Dodge HH, Toczek T, Delosky ST, Nebes RD, et al. Hypothyroidism and cognition: preliminary evidence for a specific defect in memory. *Thyroid* 2001; 11(12):1177-85.
- Colon-Otero G, Menke D, Hook CC. A practical approach to the differential diagnosis and evaluation of the adult patient with macrocytic anemia. *Med Clin North Am* 1992;76:581.
- Ladenson PW, Singer PA, Ain KB, Bagchi N, Bigos ST, Levy EG, et al. American Thyroid Association guideline for detection of thyroid dys-

function (In Process Citation). *Arch Intern Med* 2000;160(11): 1573-5.

- Ayala A, Wartofsky L. Minimally symptomatic (sub clinical) hypothyroidism. *The Endocrinologist* 1997;7:44.
- Singer PA, Cooper DS, Levy EG, Ladenson PW, Braverman LE, Daniel G, et al. Treatment guidelines for patients with hyperthyroidism and hypothyroidism. Standards of Care Committee. *JAMA* 1995;273(10):808-12.
- Pollock MA, Stunock A, Marshall K, Davidson KH, Kelly CJ, McMahon AD, et al. Thyroxine treatment in patients with symptoms of hypothyroidism but thyroid function test within the reference range: randomized double blind placebo controlled crossover trial. *BMJ* 2001;323:891-5.

## Arbitraje médico frente a medicina defensiva

**Sr. Director:** hemos tenido acceso a la lectura del artículo publicado en su revista por el Dr. M. Seguí Díaz, relacionado con la responsabilidad de los actos médicos. Posterior a la revisión nos mueve a comentarle que en México existe desde 1996 una manera diferente e importante de manejar los conflictos derivados del acto médico, que puede contestar algunos de los planteamientos del Dr. Seguí Díaz, y cuya experiencia fue presentada por el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Dr. Carlos Tena Tamayo, en el XX Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, al que alude el Dr. Seguí en su artículo.

Hace 7 años fue creada por Decreto Presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con plena autonomía técnica y dirigida exclusivamente a solucionar mediante métodos alternativos a los judiciales las diferencias entre los pacientes o sus familiares, y los médicos o las instituciones de salud en los ámbitos público, social y privado. Su misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Sólo en el año 2002 atendió y resolvió de forma gratuita, imparcial, ágil, de buena fe, evitando pleitos judiciales y promoviendo el diálogo, 14.560 asuntos.

Lo novedoso y exitoso de este “modelo mexicano de arbitraje médico” es que ayuda a resolver los conflictos a través de médicos y abogados especializados, llegando a la verdad. Es decir, el acto médico es evaluado por profesionales altamente capacitados que conocen a fondo la multitud de factores que intervienen en cada una de las consultas médicas, en apego a la *Lex artis*, con la asesoría adicional, contratada en cada caso, de un médico especialista en el campo de estudio de cada controversia; certificado por su consejo de especialidad o reconocido por las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía; la función del abogado, también en cada caso, es corroborar que los acuerdos y el manejo del proceso siempre se apeguen al derecho. Los casos se resuelven en un promedio máximo de 6 meses incluyendo la emisión de laudos.

El modelo mexicano de arbitraje médico en cuestión, que utiliza los procesos de orientación, conciliación y arbitraje, estudia e investiga cotidianamente los múltiples

factores que inciden en el conflicto. Coincidimos con los conceptos sobre las causas de error que describe el Dr. Seguí. La importancia de reconocer que la responsabilidad profesional se deriva de la negligencia o la impericia, y de la obligación de medios y no de resultados, permite entender el error como una situación causada por descuido por un médico sin experiencia, o realizando acciones para las que no está adecuadamente capacitado, que afortunadamente resultan las menos, o bien, una situación, como comenta el Dr. Seguí, donde no se estableció la adecuada comunicación en la relación médico-paciente, la que genera un conflicto o desconfianza en el galeno, aun cuando realizó el tratamiento con toda la técnica y calidad científica requeridas. En la CONAMED se resuelve el conflicto entre pacientes y médicos mediante el diálogo y la explicación para llegar a un acuerdo; nunca se trata de ganar un pleito, siempre se busca el apego a la verdad y la justicia. Se resuelven los conflictos de forma extrajudicial, en un ambiente amigable, imparcial y confidencial. Por procedimiento no se permite el conocimiento de los hechos a los medios de comunicación por el desprecio o daño que causa a las partes (pacientes y médicos). Cada caso se resuelve en un plan amable, minimizando las diferencias de comunicación. Desde luego, existe un porcentaje de casos en los que sí existió un error médico y éste acepta su responsabilidad reparando el daño conforme al derecho civil.

El citado modelo tiene como ventaja que el médico no se ve obligado a perder parte de su patrimonio personal y

prestigio en resolver esta situación de conflicto. Este método alterno de resolución de inconformidades ha dejado satisfechos tanto a pacientes como a médicos, hecho que se demuestra con las encuestas de salida que se aplican al término de sus asuntos, en la que tanto pacientes o instituciones de salud públicas o privadas, como los médicos, califican la satisfacción del servicio recibido como bueno o excelente en 96% de los casos.

Esta alternativa extrajudicial a la solución de los conflictos ha resultado exitosa y altamente satisfactoria en términos sociales, ya que combate frontalmente a la Medicina defensiva, abate la industria del litigio y propicia la mejoría de los servicios de salud en el país a través de la emisión de medidas preventivas del conflicto y los errores, como lo es la emisión de recomendaciones para mejorar la práctica de la Medicina y actualización al gremio sobre la comunicación humana en la relación médico-paciente. Actualmente todos los procedimientos del proceso arbitral referido se encuentran certificados bajo la norma ISO 9001/2000, por lo cual, el reconocimiento de la sociedad y los profesionales de la salud va en incremento. El modelo ya se ha compartido con algunos países de Centro y Sudamérica; deseamos hacerlo más intensamente en lo que se refiere a España. Señor Director: su revista puede ser vínculo importante para ello.

J. SÁNCHEZ GONZÁLEZ  
Director General de Difusión e Investigación.  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México DF.