

Pediatría práctica

Manejo domiciliario del niño traqueotomizado

Home care of tracheotomized child

Dres. Hugo Botto*, Mary Nieto*, Adrián Zanetta* y Hugo Rodríguez*



La traqueotomía es un procedimiento para permeabilizar la vía aérea cuando diversos motivos lo requieren, a saber:

1. Intubación prolongada.
2. Toilette de la vía aérea en pacientes con patología pulmonar grave.
3. Pacientes con traumatismos encefalocraneanos y compromiso de la deglución.
4. Estenosis laríngeas congénitas o adquiridas.
5. Enfermedad respiratoria crónica.
6. Ventilación domiciliaria en pacientes con patología neuromuscular.
7. Pacientes con vía aérea dificultosa y obstrucción en etapas tempranas de la vida.

Tipos de cánulas

1. Plásticas: Rusch, Aurinco, etc.
2. Plásticas y silicona: Shilley, Argyle.
3. Silicona biológica: Bivona.
4. Con balón pediátricas y adultos.
5. Con balón y aspiración subglótica.
6. Con balón y fenestradas.

* Servicio de Endoscopia.
Hospital Nacional de Pediatría
"Prof. Dr. J. P. Garrahan".
Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:
Dr. Hugo Botto
hbotto@hotmail.com

Recibido: 14-5-08
Aceptado: 25-6-08

Cantidad de personas entrenadas en el manejo domiciliario

Siempre son necesarias dos personas entrenadas en el manejo de los pacientes traqueotomizados. Como otros autores, afirmamos el concepto de que los progenitores deben realizar un manejo completo del paciente con traqueotomía. El alta hospitalaria se indica una vez concluido este aprendizaje y cuando se cuente con todos los insumos para el manejo domiciliario; el tiempo de internación depende de la patología de base que originó la realización de la traqueotomía.

Cambio de la cánula de traqueotomía

Sugerimos el recambio de cánulas de traqueotomía una vez a la semana o cuando sea menester. Esto se basa en la necesidad de disminuir los riesgos por obstrucción. Dicho recambio lo realizan los padres en forma rutinaria, para lo cual deben ser entrenados antes de ser externados. Este procedimiento es una rutina exenta de riesgos, independientemente de la presencia de enfermería domiciliaria.

Es importante que dos personas allegadas al niño sepan realizar este procedimiento, para asegurarnos de cubrir cualquier suceso.

El recambio debe ser realizado con el paciente en decúbito dorsal y con un realce que eleve la zona de los hombros para exponer el cuello lo más posible.

Pasos del recambio de cánula

- Lavarse las manos.
- Colocar en posición al paciente con realce debajo de los hombros.

- Extraer las gasas que se encuentran entre la cánula y la piel, higienizar la piel periestomal.
- Desatar las ataduras.
- Aspirar la cánula antes de la extracción.
- Extraer la cánula en uso y colocar la limpia seguidamente.
- Mientras se realiza esto, el ayudante hiperextiende la cabeza en sentido caudal y los brazos del niño (*Figura 1*).
- Fijar la cinta hilera con un nudo, dejando la tensión de un dedo entre la cinta hilera y la piel.
- Controlar la fijación durante el día.
- En caso de no poder ingresar la cánula, intentar colocar el tubo endotraqueal más pequeño.

Lavado de la cánula

Las cánulas existentes en la actualidad son descartables, pero sugerimos que se pueden lavar con detergente enzimático en una concentración del 0,8%. Su efectividad es mayor si el lavado con cepillado es inmediato al recambio de la cánula y se deja actuar la solución por 15 minutos, seguido de enjuague con agua bidestilada o con agua hervida y secado. Sus elementos constitutivos toleran varios lavados. Posteriormente, se la debe enjuagar con agua destilada a temperatura natural, para luego secarla y guardarla para el siguiente uso.

Aspiración de la cánula de traqueotomía

Por lo observado en los distintos trabajos y en nuestra experiencia coincidimos en que no debe aspirarse la cánula más allá de su longitud; en realidad, lo que se obstruye es la cánula, no la tráquea. La mucosa traqueal es delicada y sensible al traumatismo de la sonda como a la presión negativa de aspiración. Por lo tanto, se la debe

aspirar delicadamente, cuantas veces sea necesario durante el día, instilando previamente suero fisiológico estéril. En muchos casos, esto basta para expulsar las secreciones que el paciente no ha podido extraer, a través de la tos.

- La sonda de aspiración debe ser de extremo romo y no tiene que ocupar más de las 3/4 partes del diámetro interno de la cánula.
- La sonda puede ser lavada con agua estéril.
- En el cuidado domiciliario no es necesario el uso de guantes descartables. Es suficiente con el lavado previo de las manos.
- Debe haber dos equipos de succión, uno para el manejo domiciliario y otro para cuando el paciente es trasladado. Dichos equipos deben tener una presión baja de aspiración, que por lo general ya viene predeterminada por el fabricante.

FIGURA 2. Aspiración de la cánula

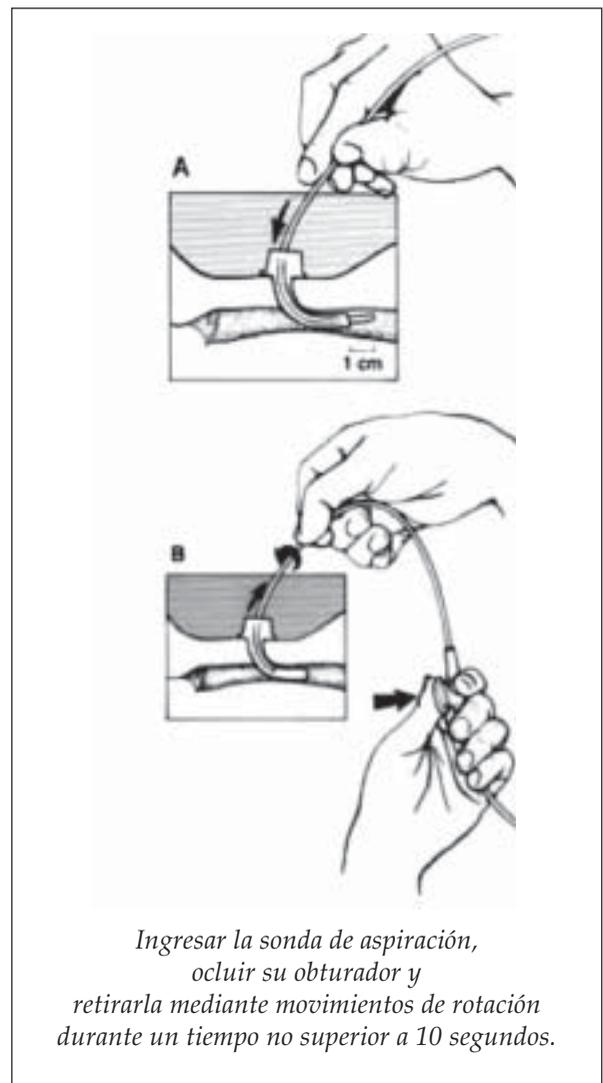


FIGURA 1. Posición del paciente para el recambio de la cánula



Elección de la cánula de traqueotomía

Es una elección que realiza el profesional actuante. Para ello, considera la situación del paciente, la causa por la que fue traqueotomizado, el tiempo que debe portarla y el pronóstico de la enfermedad de base.

Inferimos que las hay temporarias, ante una lesión de la laringe secundaria a intubación, y definitivas, por ejemplo, cuando el paciente es portador de una lesión neurológica grave y definitiva.

De modo tal que ante dos pacientes de la misma edad pueden requerirse cánulas diferentes, debido a las características anatómicas de la vía aérea y a la causa que origina la traqueotomía.

El mercado ofrece diversas calidades, tamaños y orígenes (Figura 3). Lo importante para la elección es que sea segura, esté realizada en una sola termofusión, que no se desacople la cánula de las orejuelas para minimizar las complicaciones. Las hay con fenestración para emitir sonidos y algunas con balón y aspiración subglótica para quienes presenten síndrome aspirativo. Se presentan en medidas estándar y extra largas en algunas marcas para ciertas patologías, como las traqueomalacias

distales. Hay cánulas para neonatos, cuya particularidad es ser más cortas que las pediátricas.

Cánulas con balón

Estas cánulas son poco usadas. Tienen indicaciones precisas en edades pediátricas. Se utilizan en los siguientes casos:

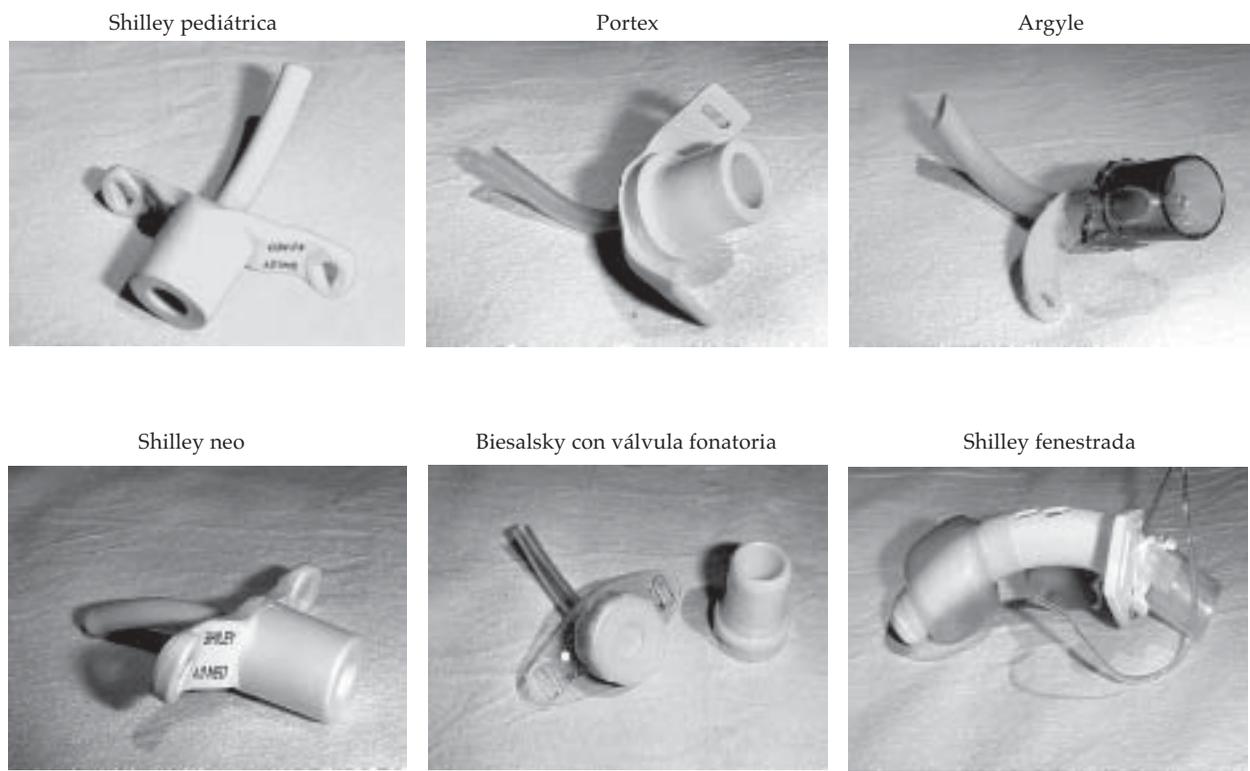
- Cuando un paciente presenta un síndrome aspirativo grave, no controlado a pesar de usar traqueotomía.
- Ventilados en los que no se logra una buena mecánica pues el aire se fuga por la boca.

Por lo expresado, no hay tantas indicaciones para la utilización de estos dispositivos. (Figura 4)

Uso de filtros

Estos dispositivos son útiles cuando los niños salen al exterior, para disminuir la cantidad de partículas de polvo que ingresan a la vía aérea. Aportan el beneficio de mantener la temperatura del aire inhalado y la humedad. No hay que olvidarse que aumentan la resistencia al flujo del aire, por eso debe tenerse en cuenta la patología de base del paciente (Figura 5).

FIGURA 3. Cánulas para traqueostomía



Cinta de fijación

Se deben emplear dos productos:

Cinta hilera: siempre se debe realizar un doble nudo sin moño, y pasar un dedo meñique ajustado entre la cinta hilera y la piel.

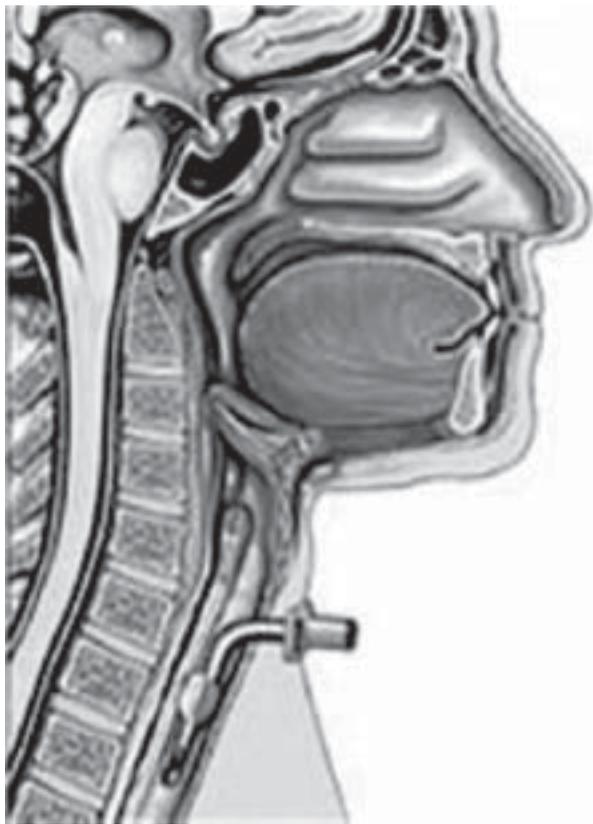
Velcro: es otro de los productos que puede ser usado; son cintas que se fijan solas, pero tienen un costo elevado.

El accidente más riesgoso es la decanulación accidental, sobre todo en pacientes con una lesión obstructiva de la laringe.

Decanulación accidental

Consiste en la salida accidental de la cánula de traqueotomía. Cuando la fijación de la traqueotomía está demasiado floja, el tubo puede salir con la tos o caer al pasaje de aire, lo cual dificultaría la respiración del niño/a y lo expondría a enfermedad grave o compromiso de su vida. Puede ocurrir en el ámbito hospitalario o en el domicilio. Para evitarlo debemos asegurarnos de que la prótesis se encuentra sujeta. El dedo meñique debe pasar ajustado entre la cinta y la piel del niño.

FIGURA 4. Cánulas con balón



En caso de vía aérea superior obstruida, puede producirse la muerte (3,5-5%). El resultado está íntimamente relacionado con el grado de entrenamiento de los padres o cuidadores. A mayor entrenamiento, menor riesgo de decanulación e incapacidad de colocar nuevamente la cánula de traqueotomía.

Maneras de prevenir la decanulación accidental

- Verifique que las ataduras de la traqueotomía estén seguras, secas e intactas cuando se haga la succión durante el día, sobre todo en niños con asistencia respiratoria mecánica.
- Si las ataduras están flojas, ajústelas. Si se están rompiendo, reemplácelas.
- No permita a su niño/a o cualquier otra persona que traccione el tubo de traqueotomía.
- No utilice cintas de resistencia dudosa como las de los barbijos.

Recolocación de la cánula cuando se ha salido en forma accidental y no puede ser recolocada con la técnica habitual

- Colocar al paciente en posición de recambio de cánula.
- Dilatar el ostoma con tubos endotraqueales, hasta llegar al tamaño de la cánula en uso, previa colocación de lidocaína jalea.
- Recolocar la cánula que usa el paciente.
- Ante la emergencia, dejar colocado el tubo endotraqueal que pueda ingresar y estabilizar al niño.

Sangrado por la cánula de traqueotomía

Varias son las causas por las que un paciente puede sangrar:

1. Aspiraciones frecuentes y altas presiones, con ingreso periódico más allá de la longitud de la cánula y el consiguiente traumatismo que se genera en la mucosa traqueal.
2. Infección.
3. En pacientes con patologías preexistentes, por ejemplo, cardiopatías congénitas con hipoflujo pulmonar, bronquiectasias, enfermedades pulmonares crónicas.
4. Si existe sangrado y dificultad respiratoria, sospechar la presencia de un granuloma en la zona distal de la cánula. En este caso, realizar endoscopia para confirmarlo o descartarlo. Además de ser diagnóstica es terapéutica, pues permite resecar dicho granuloma o demostrar que el sangrado es del parénquima pulmonar.

Emisión de sonidos

Durante el primer tiempo de estar traqueotomizado, sobre todo en niños pequeños, no se escuchará la voz. A medida que el mismo crece, se podrán oír sonidos, dependiendo siempre de la causa que originó la traqueotomía.

La fonación exige una vía aérea superior con calibre adecuado, sin olvidar la importancia de la correcta audición y de la integridad del sistema nervioso central.

No obstante, la iniciación del lenguaje en estos pacientes se encuentra algo retrasada.

Válvula fonatoria

Es un buen elemento para comunicarse. El paciente debe ser previamente evaluado mediante endoscopia para conocer el estado de la laringe, debido a que el aire ingresa por la válvula y, al exhalar, se cierra, saliendo el aire por la laringe. No es útil en caso de estenosis laríngeas.

La válvula fonatoria provoca el cierre de la vía aérea; el paciente logra aumentar el volumen pulmonar, puede realizar valsalva y, en definitiva, lograr el *auto-peep* de la vía aérea no ostomizada.

Equipo necesario para el domicilio de niños traqueotomizados

- Una cánula de traqueotomía de igual tamaño a la que está en uso y otra de un tamaño menor.

- Tubo endotraqueal de menor tamaño que la cánula en uso.
- Lubricante a base de agua, 1 envase.
- Solución fisiológica.
- Sondas de aspiración que se adecuen al tamaño de la cánula.
- Tijeras.
- Cintas de fijación.
- Aspirador manual para traslado.
- Aspirador eléctrico.
- Bolsa para respirar, si el paciente lo requiere.

CONCLUSIONES

- La traqueotomía es una solución para una serie de patologías.
- Los niños que la necesitan deben realizar una vida lo más cercana posible a la normal, pero adecuándose a la enfermedad de base.
- En general, no requieren de gran complejidad para el manejo domiciliario.
- Antes de ser externados, debe haber dos personas adultas entrenadas en el manejo de la traqueotomía.
- Sugerimos control periódico por médico endoscopista.
- Los niños traqueotomizados pueden concurrir al colegio, pero en casos especiales debieran recibir educadores domiciliarios. ■

FIGURA 5. Filtros

Filtro de papel



Filtro de espuma



BIBLIOGRAFÍA

- Chevalier J. Traqueotomía. En: Chevalier J. Editor. *Otorrinolaringología y Broncoesofagología*. México: Unión Tipográfica Editorial Hispano-Americana; 1949. págs. 697-707.
- Shott S. Pediatric tracheostomy. En: Myer Ch III, Cotton R, eds. *The pediatric airway. An Interdisciplinary Approach*. Filadelfia: Lippincott; 1995. págs.151-170.
- Fitton C, Myer CH III. Home care of the child with a tracheotomy. En: Myer Ch III, Cotton R, eds. *The Pediatric airway. An interdisciplinary approach*. Filadelfia: Lippincott; 1995. págs.171-180.
- Mc Murray S, Prescott Ch. Chapter 35. Tracheotomy in the pediatric patient. En: Cotton R, Myer C III, eds. *Practical Pediatric Otolaryngology*. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers; 1999. págs. 575-593.
- Tiscornia C, Botto H, Rodríguez H. Patología quirúrgica de la vía aérea. En: Martínez Ferro M, Cannizzaro C, Rodríguez S, Rabasa C. *Neonatología quirúrgica*. Buenos Aires: Grupo Guía 2004; Capítulo 27. págs.267-283.
- Cincinnati Children's Hospital. Cuidado en el Hogar. *Manual de cuidado para la traqueotomía*. Cincinnati, Ohio. Disponible en: [www.http://cincinnatichildrens.org](http://cincinnatichildrens.org). [Consulta: 22 de abril de 2008].

Banco de tumores pediátricos: un desafío

Pediatric tumor banks: a challenge

María T. García de Dávila*

INTRODUCCIÓN

En el comienzo del siglo XXI, los acercamientos multidisciplinarios aplicados a la investigación básica y clínica han aportado una gran información sobre las bases moleculares y genéticas del cáncer y conocimientos oncoterapéuticos recientes han creado un estimulante clima de estudio para médicos e investigadores cuyos destinatarios son los niños con cáncer.

Las clasificaciones histomorfológicas de los tumores han sido históricamente la base de las estrategias terapéuticas. La conjunción de la histología, la inmunohistoquímica y los estudios genético-moleculares juega un papel esencial en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los tumores en general y, en especial, en los pediátricos.

La mayoría de los trabajos en patología molecular de los tumores han sido llevados a cabo *in vitro* y en modelos animales. Otro sustrato de tejido humano, siempre utilizado, son los bloques de tejidos, incluidos en parafina, que constituyen el banco de tejidos más antiguo de la Patología en el mundo.

Las muestras almacenadas en los Servicios de Patología están siendo revalorizadas, tras su uso diagnóstico inicial, como fuente de información pronóstica y predictiva; es decir, que tanto los tejidos incluidos en parafina, como muy especialmente los congelados, pueden ser requeridos para realizar nuevos estudios con una importante repercusión en el tratamiento de la patología tumoral y en beneficio de los pacientes afectados.

La necesidad de evaluar biomarcadores putativos que permitan identificar pacientes portadores de tumores con un alto riesgo de progresión o predecir una respuesta a un régimen específico constituye hoy un desafío.

Esta perspectiva promueve la investigación traslacional con la incorporación de tecnología emergente y con el objeto de trasladar la información generada en las ciencias básicas a la medicina asistencial.

¿Qué son los biobancos?

Un biobanco es un establecimiento público o privado sin fines de lucro que guarda una colección de muestras biológicas concebidas con fines diagnósticos o de investigación biomédica.

Se trata de un archivo de muestras humanas conservadas en óptimas condiciones e identificadas con datos diagnósticos para poder ser usadas en proyectos de investigación que permitan avanzar hacia un mejor conocimiento del cáncer.

Los bancos de tumores recogen el excedente de tejido que de modo rutinario se obtiene en cualquier procedimiento quirúrgico necesario para el diagnóstico y estadificación de la enfermedad neoplásica.

* Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Buenos Aires.

Correspondencia:
María T. García de Dávila
gdedavila@yahoo.com.ar

Recibido: 30-4-08

Aceptado: 2-5-08

Los bancos de tumores y sus procedimientos se localizan en general en los Servicios de Patología, tanto de instituciones públicas como privadas.

Los objetivos prioritarios de un banco de tumores son: 1) el diagnóstico, 2) el pronóstico y 3) la investigación.

El interés por la creación de bancos de tumores se ha incrementado en los últimos años, fundamentalmente por las expectativas creadas por el conocimiento completo del genoma humano y la posibilidad de utilizar muestras humanas en la investigación biomédica.

La constitución de bancos específicos con muestras vinculadas a diagnósticos clínicos es la pieza clave que asegura la disponibilidad de tejido a los investigadores.

¿Qué son las muestras biológicas?

Es cualquier material biológico de origen humano susceptible de conservación y que puede albergar información característica de una persona.

En los bancos de tumores las muestras biológicas son el excedente de tejido que no compromete el diagnóstico ni el pronóstico.

La disponibilidad de muestras de pacientes con cáncer contribuye de manera significativa al éxito del desarrollo de las investigaciones sobre las enfermedades neoplásicas.

Las muestras deben reunir las siguientes condiciones:

Donación: cedidas o donadas de modo altruista se basan en el principio de solidaridad y evitan la consideración de la persona como fuente de tejidos u órganos.

Gratuidad: la donación y utilización de ellas será gratuita, cualesquiera sea su origen, descartando toda remuneración al donante o a su familia.

Anonimización: es el proceso que garantiza la confidencialidad de las muestras y datos de los pacientes cuando van a ser cedidos para su uso en la investigación.

El dato anónimo es un dato registrado sin un nexo con una persona identificada o identificable.

Confidencialidad: los sistemas de información y las instituciones deben garantizar la protección de la privacidad y autonomía del paciente.

Es decir que una muestra biológica, en este caso de tejido tumoral, debe ser:

- Anónima
- Gratuita
- No lucrativa
- Confidencial

Procedimiento de congelado de la muestra

La muestra debe ser rápidamente transferida a patología (menor a 20 minutos) o congelada *in situ* después de su extracción, a fin de minimizar el fenómeno hipóxico en la expresión génica.

El patólogo es quien decide si es posible fragmentar o dividir las muestras para congelar sin que esto afecte el correcto diagnóstico. Por cada fragmento que se congela, un fragmento similar debe ser fijado en formol.

Se la congela en criomoldes, identificables embebidos en medio criosolidificable (OCT-Compound, Tissue), a través de la inmersión en un medio altamente criogénico (isopentano bajo -50°C) que rápidamente congela. La inmersión en nitrógeno líquido es válida pero daña más al tejido y perturba el subsecuente examen microscópico, especialmente cuando se requieren técnicas de microdissección.

Estos bloques de tejido congelados no se emplearán en el diagnóstico excepto cuando sea absolutamente necesario. Estas muestras se guardan en *freezers* a -75°C con equipos de seguridad que controlan los cambios de temperatura y están conectados a la red de emergencia eléctrica del hospital.

Identificación de las muestras

Cada muestra debe ser inmediatamente identificada según el protocolo de identificación, con clara referencia al tipo de tejido (normal / tumoral). La identificación puede ser mediante un doble sistema de código de barras y caracteres alfa numéricos por generación de rótulos para identificar los bloques.

¿Qué es el consentimiento informado en los bancos?

Consentimiento informado (CI): es la manifestación de la voluntad libre y consciente válidamente emitida por una persona capaz o su representante autorizado, precedida de la información adecuada.

Se trata de documento que permite expresar al paciente sus deseos ante actividades que atañen a su autonomía. El CI del sujeto fuente de la muestra puede ser un CI genérico o bien específico sobre el uso posterior o futuro de las muestras.

¿Qué se necesita ?

- Personal calificado para manipular las muestras bajo condiciones de bioseguridad (histotécnicos, biólogos, médicos, administrativos, etc.).
- Docencia en el terreno.
- Crióstatos.

- Freezer -80 °C.
- Histobath.
- Termos de transporte.
- Insumos especiales (criomoldes, OCT, etc.).
- Controles de calidad: del tejido congelado y de la información.
- Asignar partidas presupuestarias para el financiamiento y mantenimiento del Banco de Tumores.

¿Por qué un banco hospitalario de tumores pediátricos?

El Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" recibe 300-400 nuevos niños con cáncer por año, lo que significa un 25-30% de la totalidad del país. Por ello, fue un objetivo prioritario del hospital como institución pública, la implementación de un banco de tumores que operara como instrumento fundamental en la investigación del cáncer infantil.

El desarrollo del banco de tumores pediátricos fue sustentado por los servicios de Patología, Oncología y el valioso entrenamiento de nuestro personal, en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas de Madrid, a cargo del Dr. Manuel Morente, Director del Banco de Tumores.

Nuestro banco se inició con la disposición número 025 del 14 de febrero de 2005. Constituye el primer banco de tumores pediátricos en un hospital público del país y fue inaugurado el 11 de abril de 2007 durante el Simposio "Cómo poner en funcionamiento un banco de tumores hospitalarios?" en el Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

El banco de tumores sólidos congelados se instaló en el Servicio de Patología y constituye una pieza clave en el desarrollo de las actividades asistenciales diagnósticas; al mismo tiempo, supone una herramienta de promoción de la investigación oncológica multihospitalaria y de cooperación entre investigadores básicos y clínicos, es decir, un punto importante de encuentro entre las disciplinas biomédicas.

Fue diseñado según el lineamiento de los biobancos mundiales y pretende: coleccionar todos los tumores pediátricos, estandarizar métodos tisulares de procuración y almacenado, codificar datos e información de los pacientes con muestras tumorales, instruir y entrenar al personal calificado de cada área en los procedimientos y en la utilización futura de muestras como recurso de la investigación biomédica.

La necesidad de disponer de tejido neoplásico humano es hoy un recurso importante en el desa-

rollo de técnicas moleculares con trascendencia diagnóstica y terapéutica.

El patólogo es el profesional responsable del tejido para su diagnóstico y el histotécnico del almacenado del tejido congelado.

En este período hemos almacenado más de 120 muestras tumorales.

En un futuro podrán ser cedidas a investigadores con el objeto de favorecer los avances futuros en el estudio del cáncer y aplicarlos al desarrollo de nuevas terapias.

Perspectivas futuras

Con nuestra experiencia y la adquirida en el CNIO a otros bancos de la Argentina hemos ayudado en la formación del recurso humano (a cargo de la Histotécnica María Labraga); entre ellos, del Instituto de Oncología A. Roffo, del Hospital Evita Perón y del CEMIC, y hemos participado en los Cursos de Bancos Latinoamericanos en Perú y Chile.

Nuestro banco y otros nuevos podrán asociarse a una red nacional, latinoamericana o internacional (EORTC, UK, Tubafrost, RTICC, etc.) de biobancos con el objeto de intercambiar experiencias, comparar resultados y beneficiar a niños y adultos con estas investigaciones en tan difícil problemática.

La disponibilidad de estas muestras y los estudios futuros destinados a reconocer tumores resistentes a fármacos o estudiar nuevos factores o marcadores pronósticos en estas neoplasias, sin duda, mejorarán los conocimientos y las estrategias terapéuticas en el cáncer infantil.

La efectiva implementación de estos bancos no depende sólo de las instituciones públicas sino de la colaboración y compromiso de las organizaciones de la sociedad civil.

Por ello, nuestro especial agradecimiento a la Fundación J. P. Garrahan y al legado de la Dra. Elvira I. Ricci que nos ayudaron y alentaron en esta difícil tarea. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Von Versen R, Monig HJ, Salai M, Bettin D. Quality issues in tissue banking: quality management systems-a review. *Cell Tissue Bank* 2000; 1:181-92.
- Teodorovic I, Therasse P, Spatz A, et al. Human tissue research: EORTC recommendations on its practical consequences. *Eur J Cancer* 2003; 39:2256-2263.
- Morente M. Tumour banks and oncological research. *Rev Oncol* 2003; 5(2):63-4.
- Oosterhuis JW, Coebergh JW, van Veen EB. Tumor bank: well guarded treasures in the interest of patients. *Nat Rev Cancer* 2003; 3:73-77.
- Morente M. Tissue banks: who decides what is ethical? *Eur J Cancer* 2004:40-5.

- Olmos D, Ribelles N. Tumor banks for genomic and proteomic research. *Rev Oncol* 2004; 6:381-90.
- Fernández PL, Ferrer B, Campos E. Bancos de tumores: papel en la investigación biomédica del presente y el futuro. *Cir Esp* 2004; 76(1):4-8.
- Qualman SJ, France M, Grizzle WE, et al. Establishing a tumour bank: banking, informatics and ethics. *Br J Cancer* 2004; 90(6):1115-9.
- Morente MM, Alonso S. Current challenges of tumour banking. *Hematol Oncol* 2005; 23:54-56.
- Morente M, De Alava E, Fernández PL. Tumour banking: the spanish design. *Pathobiology* 2007; 74:245-250.

El cuerpo en la intervención clínica. Una mirada desde los derechos del niño

The body in clinical interventions. A glance from child rights

Dra. Andrea Schon*

Hay un nuevo paciente en la habitación 44. Tiene 11 años y es portador de un tumor en estadio avanzado. Un paciente "terminal". Martín, así se llama, está mirando televisión. La expresión de su rostro refleja un cansancio profundo.

—Hola, soy tu médica, cómo estás?

—Mal, cansado.

—¿Querés que te traiga algún juego?, ¿vino la maestra?

—Sí, vino, pero no quiero que venga más y no tengo ganas de jugar a nada... además estoy cansado de que me pinchen y me den esos remedios que me hacen sentir tan mal.

De pronto sentí un profundo cansancio. Y por un instante me vi corporizada en ese pequeño niño. Yo era la que estaba en la cama...

Frases que se escuchan en el quehacer cotidiano: "Si no ponés el cuerpo no sirve"... o lo contrario: "Ponés demasiado el cuerpo"... "Uno se lleva una mochila muy pesada a casa"... "¿Adónde ponés todo esto que te llevás del hospital?"... "Me siento como si me hubieran apaleado, estoy destruida".

El cuerpo que toca, que acaricia, que abraza, que llora junto a otro cuerpo, que lo comparte, que comparte el dolor, la enfermedad, la cura. El propio cuerpo como intérprete del cuerpo del otro... Pareciera que el lenguaje encarnado a veces es difícil de traducir... Como si se hablara en idiomas distintos.

En la práctica diaria de la medicina y en la práctica de la pediatría, el cuerpo del médico interviene siempre en la relación con los pacientes. Este cuerpo interpela, sacude, deja oír las viejas resonancias de la medicina científica, positivista, aquella que despersonaliza la enfermedad, que la considera extraña, producto de una serie de causalidades mecánicas.

Como dice David Le Breton: "En este proceso gradual del saber médico y de su saber hacer, la medicina deja de lado al sujeto con su historia, su contexto, el sentido profundo de la enfermedad, sólo para considerarla un mecanismo corporal que no funciona, para considerarla extranjera. La medicina olvida que el hombre es un ser de relaciones y de símbolos, no sólo un cuerpo a reparar".¹

Tomando este modelo de práctica hegemónica, donde el saber es patrimonio de una de las partes, podemos repensar la relación médico-paciente desde otra perspectiva, desde el marco de los Derechos Humanos, y en particular de los Derechos del Niño.²

También aquí el cuerpo juega un papel relevante en la adjudicación y en la práctica de estos derechos, en el sentido de que si el otro ejerce como derecho su presencia, su derecho a ser escuchado, a ser tenido en cuenta en las decisiones que se tomen sobre su salud, a ser informado sobre los procedimientos, a ser tratado con cariño, a estar acompañado, a jugar y aprender; de alguna manera rompe este modelo hegemónico casi unidireccional de relación entre los cuerpos... obliga a situarse en un lugar diferente, a descolocarse de la posición tradicional.

Este estado de zozobra, de incertidumbre, de pérdida de coordenadas puede producir diversos efectos y prácticas: desde un cierre hermético con el consiguiente refuerzo de la posición hegemónica; donde hasta se podría hablar de una lucha de cuerpos, una lucha de verdades donde el autorita-

* Servicio de Medicina de Riesgo.
Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".
Buenos Aires.

Correspondencia:
Dra. Andrea Schon
andrea.schon@gmail.com

Recibido: 8-5-08
Aceptado: 19-6-08

rismo del médico, "dueño de la verdad", gana y descalifica al paciente. O en el mejor de los casos permite, a través de la angustia que deviene de la perplejidad una reflexión profunda, una pregunta, la búsqueda de una respuesta que lleve en algún momento a un cambio de posicionamiento y, por ende, a un cambio en la práctica.

También se puede pensar en los efectos que se producen del otro lado, del lado del paciente: sumisión, otorgamiento de la posesión de la "verdad" al otro, sin cuestionamiento alguno, temor, humillación, vergüenza... en pocos casos, rebeldía, reclamo o interpelación....

Y si se produce esa incertidumbre, esa perplejidad en el médico, es seguro que el mismo efecto se producirá en el paciente, que deberá también lidiar con estos sentimientos y encontrar una nueva forma de posicionarse, asumiéndose finalmente como titular de derechos.

Se trata, simplemente, de democratizar la relación médico-paciente y, paradójicamente, de "desmedicalizarla".

Si el paciente es un chico, resulta más difícil pensar este concepto en términos prácticos. Sólo es necesario recordar la Convención Internacional de los Derechos del Niño, que es el punto de partida para el cambio de paradigma, cuando define por fin al niño como sujeto de derechos, poseedor de una autonomía en consonancia con sus capacidades evolutivas. A partir de allí surgen infinidad de aportes y discusiones.

Alessandro Baratta, en su teoría de la necesidad de la refundación del Estado, denomina "La Fundación del Estado Mestizo" al universo en el que está incluida la Ciudad de los Niños, otorgándoles a estos la categoría de ciudadanos, en el sentido más amplio del término.³

"La científicidad de la medicina modifica la concepción global de las ciencias del hombre, su importancia e incidencia es única dado que plantea al individuo como sujeto y objeto de su propio conocimiento. Tomar como objeto al cuerpo humano supone un mismo nivel de objetividad e implicación simultáneas, dado que se trata de investigar lo propio como ajeno, como exterior".¹

A los médicos no nos queda otra alternativa que repensar nuestra práctica desde otro lugar, más holístico, más integrado. Los pediatras miramos al chico, a la familia, tenemos en cuenta múltiples circunstancias, diferentes contextos al evaluar y al intervenir... Y el cuerpo siempre interviene: el cuerpo del otro y el cuerpo propio.

A Freud le debemos la posibilidad de explorar esa anatomía fantástica a través del psicoanálisis.

El cuerpo es tan permeable a las representaciones del inconsciente...

Cuántas veces al atender a un chico que se queja de dolores que no corresponden a una región anatómica o causa precisa, decimos: "lo que le duele es el alma".

Levi-Strauss habla de la eficacia simbólica. Opera tanto en el chamán, el brujo, el sanador, el lector de tarot, el psicoanalista, el médico. El cuerpo es tan sensible con respecto al efecto del símbolo.⁴ Otra vez, el símbolo, el rito, la palabra que se encarna en el cuerpo y produce acciones.

Cuántas veces nos preguntamos cuando nuestra intervención fue exitosa, cuál es la verdadera razón de la cura o del alivio del síntoma, la razón de la eficacia. Y no me refiero al efecto "placebo", donde el terapeuta, sea quien sea, cura únicamente por su saber ser y sólo coloca al paciente en el plano de una necesidad psicológica.

Volviendo a la pregunta de las razones de la eficacia en la intervención, muchas veces, lo que allí se juega es la eficacia simbólica, tan ajena a la medicina tradicional.

El cuerpo como efector y a la vez receptor en la intervención clínica. La empatía en la relación con el paciente, el ponerse en el lugar, es una forma de ocupar un espacio corporizado, encarnado. No es casualidad que los médicos nos enfermemos más de lo corriente, que aparezca en escena el famoso síndrome de *burn-out*.

Es ilustrativa la frase de Michel Balint, (psicoanalista húngaro) quien dice que cuando un médico receta se receta a sí mismo.⁵ Esa transferencia corporizada, ese intercambio entre salud y enfermedad...

"Los médicos nos vemos compelidos a ubicarnos en la encrucijada entre lo somático, lo psíquico y lo social, prometiendo un estado de armonía que es imposible por estructura. La actividad médica es una actividad paradójica cuya meta también debiera incluir aprender a soportar el dolor del fracaso."⁶ ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Le Breton D. (1990) Antropología del cuerpo y la modernidad. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión; 1995.
2. Convención internacional de los derechos del niño. Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.
3. Baratta A. La niñez como arqueología del futuro. En: María del Carmen Bianchi, compiladora. *El derecho y los chicos*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 1995.
4. Levy-Strauss C. La eficacia simbólica. En: *Antropología Estructural*. Barcelona: Editorial Altaya; 1994.
5. Balint M. El médico, su paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros básicos; 1961.
6. Fridman P. La práctica médica y la muerte. *Revista Psicoanálisis y Hospital* 2001; 10: N° 20.