

Primera aproximación a la Resolución Alternativa de disputas y el conflicto en la prestación de Salud.

Dres. Elena I. Highton, Gladys S. Alvarez, Alberto M. Nonco
 Rev. Medicina Forense Año 2 N°1, 1997 26-32.

Dentro de una institución el potencial de conflicto entre profesionales, administrativos, directivos, empleados, pacientes es bien conocido.

El conflicto y las diferencias son inevitables y como maneja esas diferencias y conflictos es lo que vale. En los medios hospitalarios y en la prestación de salud debe intentarse un temprano modo de prevención y resolución de enfrentamientos, antes de que lleguen a niveles mayores.

Los objetivos de los métodos de resolución alternativa de disputas (RAD) son:

- Mitigar la congestión de tribunales, reduciendo actos y demora en las resoluciones.
- Facilitar el acceso a la justicia.
- Suministrar a la sociedad una forma más efectiva de resolución de disputas.
- Incrementar la participación de la comunidad en los procesos de resolución de conflictos.

Los métodos alternativos de resolución de disputas llegan a resultados más rápidos y el terreno neutral puede ayudar a formular un resultado antes de que el proceso avance o inclusive antes de que se inicie.

Estos métodos tienen las ventajas de ser: rápidos, confidenciales, informales, flexibles, económicos, justos y exitosos. Las formas alternativas de litigio comprenden la negociación, la conciliación, la mediación, el arbitraje vinculante y no vinculante, la evaluación neutral previa, el minijudicio, el esclarecimiento de cuestiones de hecho, la utilización de expertos neutrales, etc.

Con mecanismos como la mediación, etc., puede recuperarse el manejo de situaciones, la comunicación y, en definitiva, la interacción pacífica, eficiente y productiva.

Dra. Marcela Dávila

Estrechez del bronquio fuente izquierdo: ¿un síndrome de compresión vascular?

(Left mainstem bronchial narrowing: a vascular compression syndrome?)

Hungate R, Newman B, Meza M

Pittsburg, EEUU

Pediatr Radiol 28: 527-532, 1998

La compresión vascular del bronquio fuente izquierdo (BFI) entre la aorta descendente (AD) y la arteria pulmonar (AP) ha sido sugerida como causa de estrechez del BFI en niños. Estas relaciones anatómicas no han sido comparadas con aquellas en niños sin estrechez del BFI.

Los autores realizaron un estudio retrospectivo de 10 niños, sintomáticos (1-19 meses, 5 varones, 5 mujeres) con demostración mediante resonancia magnética de estrechez del BFI y los comparan con 40 niños sin alteraciones de grandes vasos o bronquiales en la resonancia (1 semana-19 meses, 28 varones, 12 mujeres).

Cinco niños tuvieron estrechez focal y cinco difusa del BFI. La posición de la aorta descendente a nivel del BFI fue: en 40% de los niños sintomáticos la AD estaba localizada en

frente del cuerpo vertebral adyacente en 40% de la mitad a un cuarto de la circunferencia de la AD se encontraba localizada anterior a la columna vertebral, y en 20% de un cuarto a la mitad de la AD se encontraba en esa posición. En el grupo control, la AD era preespal en 10%, con una tendencia hacia una localización más paraespal de la AD. Esta tendencia hacia una ubicación diferente de la AD entre pacientes sintomáticos y los controles alcanzó diferencias estadísticamente significativas (p<0.05). La posición de la AD no se hallaba relacionada con la edad de los pacientes. En el nivel donde el BFI cruzaba la AD, un segmento de la arteria pulmonar se encontraba en posición anterior al BFI, más frecuentemente la arteria pulmonar derecha o la bifurcación pulmonar en niños sintomáticos; y la arteria pulmonar izquierda en niños controles. No se halló correlación aparente entre la longitud de la estrechez del BFI y la posición de la AD o la AP. Se observó una excelente correlación entre la resonancia magnética y la broncoscopia de la estrechez del BFI en 9 de 10 niños sintomáticos.

Los autores sostienen que la estrechez del BFI es bien definido mediante resonancia magnética; que mientras una posición preespal de la AD tiene lugar en algunos niños como variante de lo normal, es más común y más marcado en niños con estrechez del BFI; y que la compresión vascular del BFI entre una AD anteriormente posicionada y la AP parece tener importancia en niños con estrechez del BFI. También sugieren como opciones de tratamiento para aquellos casos con síntomas respiratorios severos la neumectomía, pexia anterior del arco aórtico, pexia posterior de la aorta descendente, fijación de la arteria pulmonar, broncopexia, broncoplastia, colocación de "stents" externos o internos, y la traqueostomía para ventilación con presión positiva.

Mariano M. Bogleione

Corrección espontánea de catéteres de acceso venoso central percutáneo malposicionados en niños

(Spontaneous correction of the malpositioned percutaneous central venous line in infants)

Rastogi S, Bhutada A, Sahni R, Berdon W, Wung JT

Nueva York, EEUU

Pediatr Radiol 28: 694-696, 1998

La malposición de los catéteres de acceso venoso central colocados percutáneamente en niños es una eventualidad relativamente frecuente. Ocasionalmente se ha observado que estos catéteres corrigen su posición espontáneamente. Utilizando el método "a través de la aguja", los autores colocaron 187 catéteres con un 98,9% de éxito. Siete se encontraban inicialmente mal posicionados; todos se corrigieron espontáneamente en el transcurso de un día cuando se dejaron colocados y fueron usados como una vía de acceso venoso periférico. Los autores recomiendan que contrariamente a lo practicado en muchos centros donde los catéteres malposicionados son retirados y reemplazados; éstos deben ser dejados en su lugar y utilizados desde ya que es factible su corrección espontánea. Se evita así además la agresión que impone al niño un nuevo intento de colocación. Los autores acompañan la presentación con imágenes que documentan sus observaciones.

Mariano M. Bogleione