

EDITORIAL

Dr. Marcos A. Nuñez C.
El Covid-19 y sus efectos colaterales

CARTAS AL EDITOR

Daniela Rojas Miranda
Psicóloga, Psiconcóloga

DE ACTUALIDAD

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL DE LA SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID, ESPAÑA)

Juan de Dios Molina Martín, María Jesús del Yerro Álvarez, Luis Santiago Vega González, Sara Solera Mena, Gabriel Rubio Valladolid, Francisco López-Muñoz

AVANCES EN DIETA MEDITERRÁNEA Y VIDA SALUDABLE: EL AGUACATE EN LA PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.

Dr. Alejandro Bonetti Munnigh

CASO CLÍNICO

MSÍNDROME DE LIMB BODY WALL. PRESENTACION DE CINCO CASOS
Camejo Reyes, Ramon; Soto Ravelo, Rodolfo; Valdez, Elwin; Villar Perez, Leidys; Peña De La Paz, Luis

REFLEXIONES BIOÉTICAS

“LA DIGNIDAD COMO DERECHO FUNDAMENTAL Y GARANTIA DE LAS PERSONAS EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN REPÚBLICA DOMINICANA”.

Dra. Daphne Arbaje

SECCIÓN HISTÓRICA

EL INSTITUTO PROFESIONAL
Dr. Herbert Stern

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

LA MENTE HUMANA
Dr. Luis Ortiz Hadad

EL COVID-19 Y SUS EFECTOS COLATERALES

Desde su declaración como pandemia por la OMS el 11 marzo del presente año hemos sido testigos de cómo un nuevo tipo de coronavirus (SARS-CoV-2) impacta nuestra salud, afecta nuestro diario vivir y cambia los planes que teníamos para este año 2020.

Además del número de infectados, hospitalizados y fallecidos estamos ante la presencia de daños colaterales asociados a la pandemia en el ámbito social, económico y espiritual que han sacudido a la sociedad universal.

Hemos estado desde inicios de esta segunda década sometidos a una avalancha de informaciones de diversas fuentes y con diferentes niveles de credibilidad y verdad científica.

Se hace necesario curar (filtrar) esas informaciones y dar crédito a investigaciones y estudios basados en la mejor evidencia disponible. Desde hace ya unas décadas sabemos de la existencia de la Medicina basada en la evidencia, para la asesoría en la toma de las mejores decisiones en el sector salud. Conocemos de la relevancia y credibilidad de los estudios primarios de ensayos clínicos al azar (Randomized control trials) y de los estudios secundarios de revisiones sistemáticas y metanálisis.

Al inicio de esta enfermedad en Wuhan, China, hemos tenido que depender de estudios observacionales de series de casos y al día de hoy ya tenemos estudios comparativos tanto de métodos diagnósticos como de opciones terapéuticas para enfrentar este temible virus. Aún con todo lo antes mencionado seguimos sin tener una vacuna disponible y la diseminación del virus continúa ante los ojos de científicos y expertos.

Mientras tanto, observamos con asombro los efectos en las economías, la educación básica y superior y las secuelas físicas y emocionales del Covid-19, entre otras.

La Academia Dominicana de Medicina en su rol orientador de la población en general y del sector salud quiere apoyar y promover la iniciativa más efectiva, barata y reproducible para el control del virus, como es: el uso de barreras de protección (mascarillas), mantener una distancia de dos (2) metros entre las personas, quedarnos en casa y aislarnos ante síntomas de gripe. Medidas sencillas de prevención que debemos incorporar y adoptar sin tardanza a nuestra disciplina cotidiana individual y social, de modo que nuestro diario vivir contribuya a la contención del virus y de sus efectos colaterales.

Dr. Marcos A. Nuñez C.

Presidente Academia Dominicana de Medicina

Sra.

Dra. Togarma Rodríguez Aquino

Directora

Revista AMED

Estimada Dra. Rodríguez:

Muchas son las reflexiones que han surgido del proceso de enfrentamiento global de la pandemia, dentro de las cuales los análisis y deliberaciones éticas han tenido un lugar fundamental, en tanto se ha tomado conciencia pública de su importancia en la toma de decisiones no sólo en el ámbito clínico, sino también en la esfera de la salud pública, en las disposiciones de las autoridades sanitarias, gubernamentales, así como también se ha vuelto evidente la relevancia capital de la necesidad de una comunicación clara y transparente del devenir de la crisis de cara a la ciudadanía.

En este contexto, hemos sido testigos de diversas estrategias comunicacionales, cuyo éxito no sólo seremos capaces de evaluar en el presente, sino también con la perspectiva del tiempo, y no sólo en función de sus resultados sino también en relación a los medios utilizados para alcanzar ciertos fines; responsabilización y/o culpabilización de países, grupos, o personas, mensajes contradictorios, cifras confusas, medidas de autocuidado y cuidado de otros cambiantes, en un escenario dinámico frente a un virus desconocido (aunque no eran igualmente desconocidas las problemáticas ético clínicas que emergen en situaciones de desastres sanitarios, naturales y/o en contextos de conflictos políticos, de guerra, etc.), indicaciones que invisibilizaron (y continúan invisibilizando) la realidad de los más vulnerables que imposibilitaban la adhesión los comportamientos de cuidados por desconocimiento de tales realidades, han sido parte de la comunicación que los ciudadanos han recibido como parte de la gestión de la pandemia.

Uno de los aspectos de la comunicación que ha tenido lugar en esta crisis, que no es nuevo en el abordaje de algunas patologías, pero que es el lenguaje por excelencia para hablar de cáncer, es la utilización del lenguaje bélico. Es frecuente escuchar que las metáforas de guerra (hablar de “enemigo”, “combatir”, “derrotar”, “ganar”, “perder”, aplicado a la patología y quienes la viven) sólo son formas de alegorizar, mediante formas lingüísticas concretas, fáciles de comprender y conocidas para la población,

temáticas complejas y abstractas. Sin embargo, las narrativas envuelven mundos de significados, valores morales, evocan emociones y sensaciones y matizan la realidad de quienes la vivencian, construyéndola, moldeando sus comportamientos. Yendo más allá de lo evidente, que no nos enfrentamos frente a una guerra sino a una crisis sanitaria, el abordarla como tal supone antropomorfizar el virus como un enemigo, frente el cual no es el cuidado de sí mismo y del otro el valor y la conducta esperable, sino la defensa de sí mismo, del territorio, de la nación, donde es necesario proveerse (de mercadería, de gasolina, incluso de armas), donde todo está permitido, donde existe el “ellos” y “nosotros” (el país donde parte el virus y el resto del mundo, los casos “sospechosos” y la población sana, los contagiados y los que no, los “irresponsables” y los “héroes”) y donde las “bajas” son esperables (y no consecuencia de un sistema estructuralmente desigual, de un sistema de salud deteriorado, no preparado y sin las medidas de seguridad suficientes para sus profesionales sanitarios).

La narrativa bélica, coherente con los valores actuales de la fuerza, la competencia, la autosuficiencia, la defensa y el mérito personal, vuelve a enmascarar las desigualdades por las cuales se coló dramáticamente el virus y tuvo condición de oportunidad la pandemia, instalando la suspicacia, el miedo al otro y el sufrimiento de los más vulnerables e incluso de nuestros profesionales de salud, que bajo la impronta de “héroes”, obligamos a trabajar y cuidar, en condiciones de máximo sacrificio y riesgo, que no se relacionan con su deber profesional.

Esta crisis sanitaria nos interpeló a realizar un giro en nuestros valores sociales para hacer frente a la emergencia: al parecer no era la autosuficiencia, sino la interdependencia, no eran los nacionalismos, sino (en palabras de Adela Cortina) la “hospitalidad global”, no era la competencia, sino la colaboración, y era el cuidado por sí mismo en tanto el cuidado de todos. Nuestra manera de lenguajear el mundo lo construye y perpetúa.

Es hora de comunicar y construir desde de la solidaridad.

Atentamente,

Daniela Rojas Miranda

Psicóloga, Psiconcóloga

Directora Ejecutiva

Corporación Cáncer de mama Chile “Yo mujer”

Organización asistencial de la Salud Mental durante la pandemia por COVID-19 en el Área Sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid, España)

Mental Health assistance organization during the COVID-19 pandemic in the Sanitary Area of the 12 de Octubre University Hospital (Madrid, Spain)

Autores:

Juan de Dios Molina Martín^{1,2,3,4}, María Jesús del Yerro Álvarez^{1,2},

¹ Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

² Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre (i+12), Madrid, España.

³ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

⁴ Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Instituto de Salud Carlos III, MICINN, FSE y FEDER, Madrid, España.

Luis Santiago Vega González^{1,2,5}, Sara Solera Mena^{1,2}, Gabriel Rubio Valladolid^{1,2,5,6}, Francisco López-Muñoz^{2,6,7,8,*}

⁵ Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España.

⁶ Red de Trastornos Adictivos, RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud), Instituto de Salud Carlos III, MICINN y FEDER, Madrid, España.

⁷ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España.

⁸ Portuguese Institute of Neuropsychology and Cognitive and Behavioural Neurosciences (INPP), Universidade Portuguesa, Oporto, Portugal.

RESUMEN

Este artículo detalla cómo se organizó la asistencia de Salud Mental en Área Sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, una de las más afectadas de toda España, durante las diferentes fases de la crisis sanitaria del Coronavirus Disease-19 / COVID-19. Una primera fase de saturación de casos, ausencia de recursos y de riesgo de colapso sanitario, que obligó a tener que ceder las unidades y recursos de Psiquiatría y Salud Mental a la atención de pacientes COVID-19 y a priorizar la asistencia telemática (puesto que la pandemia llegó a convertir los centros sanitarios en focos de propagación del virus). Una segunda fase de mejoría de casos y de menor sobrecarga asistencial, que permitió recuperar, parcialmente, recursos de Salud Mental y que, a su vez, comportó una progresiva demanda de ellos (incluyendo para los mismos profesionales

sanitarios). Una tercera fase, donde si bien los recursos continúan compartidos con pacientes COVID-19 y se sigue priorizando la teleasistencia, se avanza a una normalización asistencial, en la que se deben estudiar y atender las secuelas psicológicas de la crisis. Por último, se plantean las posibles líneas a seguir tras la crisis y las posibles lecciones que podemos aprender de esta pandemia para poder afrontar otras crisis en un futuro.

Palabras clave: Salud Mental, COVID-19, Emergencia sanitaria

ABSTRACT

This article details how Mental Health care was organized in the Health Area of the 12 de Octubre University Hospital in Madrid, one of the most affected in Spain, during the different phases of the Coronavirus Disease-19 / COVID-19 health

DE ACTUALIDAD

crisis. A first phase of saturation of cases, lack of resources and risk of health collapse, which forced to have to transfer the units and resources of Psychiatry and Mental Health to the care of COVID-19 patients and to prioritize telematic assistance (since the pandemic came to turn health centers into sources of virus spread). A second phase of case improvement and less care overload that allowed partial recovery of Mental Health resources and, in turn, led to a progressive demand for them (including for the health professionals themselves). A third phase, where although resources continue to be shared with COVID-19 patients and telecare continues to be prioritized, progress is made towards healthcare normalization in which the psychological consequences of the crisis must be studied and addressed. Finally, the possible lines to follow after the crisis and the possible lessons that we can learn from this pandemic to face other crises in the future are raised.

Keywords: Mental Health, COVID-19, Public Health emergency

Dada la situación cambiante de la pandemia en España, hay que indicar que este artículo fue remitido al Consejo Editor de Archivos Médicos Dominicanos, el 17 de julio de 2020. Todos los datos aportados en el mismo son previos a esta fecha.

INTRODUCCIÓN

El día 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia por el coronavirus (SARS-Cov-2) (1, 2). El Gobierno de España declaró el estado de alarma para la gestión de la crisis sanitaria en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo (3). Este Decreto limitó el derecho de libre circulación de personas y estableció el confinamiento domiciliario, salvo para breves salidas (para compra de productos farmacéuticos, de primera necesidad y alimentos). Toda actividad educativa, cultural

y recreativa fue suspendida y clausurada. El estado de alarma se ha prolongado en 6 ocasiones, y actualmente se encuentra en proceso de desescalada por fases, según la situación sanitaria específica de municipios, provincias y Comunidades Autónomas. El 29 de mayo, los datos del Ministerio de Sanidad español muestran 250.273 casos COVID-19 confirmados por PCR, de los que 40.961 (24,1%) son sanitarios, así como 20.534 fallecidos en todo el país (8,2%), 52 de ellos personal sanitario (4).

El Instituto Nacional de Estadística estima que, hasta el 24 de mayo, el número de muertes en España ha sido de 43.945 casos superior al mismo periodo de 2019 (5). La Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) ha sido la más afectada en España, con 69.338 casos confirmados el 31 de mayo de 2020 (45,4% mujeres; 59,6 años de media / 54,6% varones; 60,8 años de media). De ellos, un 18,1% son personal sanitario. Hasta esa fecha, se produjeron 6.702 fallecimientos oficiales (9,7%) con diagnóstico confirmado (6).

La CAM ha sufrido el mayor impacto de casos de toda España: 1.524 pacientes en UCI (1 abril) y 14.244 en hospitalización convencional (30 marzo) (5). La última semana de marzo tuvo la mayor cifra de casos registrados, implicando una adaptación del Sistema Sanitario a la crisis. Desde entonces, el descenso ha sido continuo (Figura 1). La instalación del hospital de campaña en la Institución Ferial de Madrid (IFEMA) llegó a aportar 1.300 camas convencionales (ampliables a 5.500) y 96 puestos de Cuidados Intensivos (7). El 30 de marzo, la Consejería de Sanidad de la CAM, en la reordenación de la Atención Primaria para atención a la COVID-19, publicó el listado de Centros de Salud (CS) y consultorios locales afectados y sus centros de referencia: 56 CS madrileños fueron cerrados total o parcialmente. El mensaje transmitido a la población por las autoridades sanitarias fue que, salvo casos graves y urgentes, se evitara acudir a servicios sanitarios, especialmente a urgencias (uno de los principales focos de contagio). Las consultas que no necesitaran una atención presencial se realizarían por teléfono.

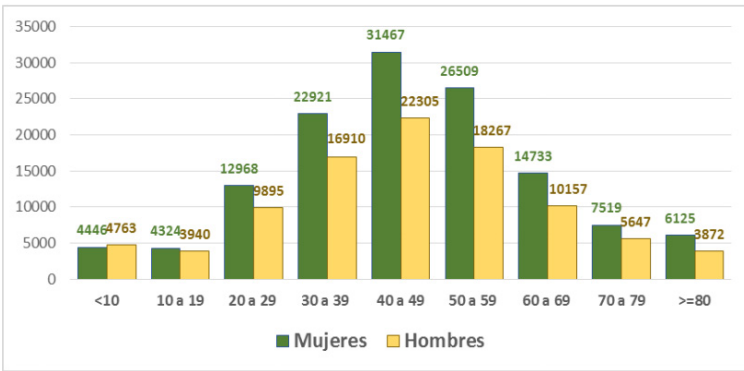


Figura 1. Distribución de los episodios de sospecha de COVID-19 registrados en la Historia Clínica de Atención Primaria por grupo de edad. Fuente: Informe epidemiológico semanal (Comunidad Autónoma de Madrid: datos a 24 de mayo de 2020).

La Salud Mental de la CAM también se adaptó a la situación de crisis generada por la COVID-19. Casi el 60% de las Unidades Psiquiátricas de Hospitalización Breve (UHB) pasaron a ser Unidades de Medicina Interna de pacientes COVID-19 (MI-COVID-19). En algunas áreas, médicos psiquiatras y psicólogos clínicos pasaron a hacer tareas de apoyo en unidades

MI-COVID-19 (interconsulta psiquiátrica específica, orientación y apoyo emocional a profesionales y/o información y atención a familiares de fallecidos)¹.

En este trabajo se explica cómo se organizó la asistencia en el Salud Mental en el Área Sanitaria dependiente del Hospital Universitario 12 de octubre (HU12O) desde el inicio del estado de alarma hasta ahora (Tabla 1). El área de influencia del Hospital incluye una población de unos 520.000 habitantes y 3 distritos administrativos (Carabanchel, Usera y Villaverde), de perfil socioeconómico medio-bajo. La Atención Primaria de salud se lleva a cabo en 19 CS. La atención en Salud Mental (adultos e infanto-juvenil) se realiza en 4 Centros de Salud Mental (CSM) comunita-

Tabla 1. Cambios asistenciales y estrategias de actuación durante la fase de pandemia COVID-19 (Comunidad Autónoma de Madrid: marzo a junio de 2020).

Acontecimientos relevantes en diferentes dispositivos asistenciales	Acciones tomadas
Fase de rápido ascenso de casos y riesgo de colapso del sistema sanitario	
<p>Hospital: El 90% del hospital, incluida la UHB, fue ocupado por pacientes COVID-19. Se cierran parte de las UHB de la CAM. Los pacientes COVID-19 con TMG ingresan en Medicina Interna a cargo de Psiquiatría, lo que aumentó las necesidades de profesionales para la UICE. Creciente preocupación por la sobrecarga asistencial de profesionales y carencia de EPIs y material de protección antiinfeccioso. Apoyo de los profesionales de Salud Mental a los hoteles medicalizados y centros de rehabilitación (para discapacitados y residencias de ancianos). Aumento de las necesidades de coordinación pero sin presencia física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primera medida: las citas de pacientes en los CSM y Unidad de Interconsulta ambulatoria son sustituidas por entrevistas telefónicas y se bloquean las derivaciones de pacientes nuevos. - Se cede la UHB para pacientes COVID-19. - Redistribución asistencial para aumentar la plantilla en la UICE y atender los hoteles medicalizados y centros para personas con discapacidad/ancianos. - Desde UICE se presta apoyo emocional a sanitarios y familiares de fallecidos. - Para paliar la situación de triaje, la Dirección Médica y Gerencia del Hospital nombran dos personas con formación y experiencia en Bioética (una de ellas, la Coordinadora UICE) para asesorar las decisiones.

¹Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud. Guía de actuaciones en Psiquiatría, Salud Mental y Apoyo Psicosocial en la pandemia por COVID-19 (marzo-mayo 2020). Última versión del 11 de mayo de 2020 [documento interno].

<p>CSM: Disminución de la asistencia presencial de profesionales y pacientes, priorizando a los TMG.</p> <p>CS: Se avisa a los pacientes para que eviten acudir a los CS y Urgencias hospitalarias, salvo por síntomas del COVID o por gravedad de otros síntomas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de teleconferencias/grupos de whatsapp/correos electrónicos - Información distribuida a profesionales sobre consecuencias emocionales de la pandemia y creación de una consulta específica para atenderlo. - Seguimiento telefónico de pacientes desde el domicilio del profesional de Salud Mental y de los CS (teletrabajo y Guía para hacer seguimientos telefónicos). - Adecuación de tratamientos psicofarmacológicos a las interacciones de los fármacos utilizados en COVID-19 (Guías Depot/Clozapina).
<p>Fase de rápido ascenso de casos y riesgo de colapso del sistema sanitario</p>	
<p>Hospital: Recuperación de la UHB para ingresos psiquiátricos. Las solicitudes de interconsulta siguen subiendo (cuadros confusionales atípicos). La consulta para atender los problemas psicológicos aumenta de forma más rápida que al inicio de la pandemia. La gravedad de las tentativas autolesivas aumenta (arma blanca y defenestración).</p> <p>CSM: Se intensifica el contacto telefónico con los pacientes atendidos, priorizando a los TMG.</p> <p>CS: Se intensifica el contacto telefónico. Se informa del aumento de las prescripciones de benzodiazepinas por problemas del sueño en las personas confinadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - UHB mixta (para pacientes COVID+ y -). - Se mantiene redistribución de profesionales desde los CSM hacia el Hospital

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid; CS: Centro de Salud; CSM: Centro de Salud Mental; EPI: Equipos de Protección Individual; TMG: Trastorno Mental Grave; UHB: Unidad de Hospitalización Breve; UICE: Unidad de Interconsulta y Enlace.

Fase de rápido ascenso de casos y riesgo de colapso del sistema sanitario	
<p>Hospital: La organización de la asistencia en el hospital se normaliza. La necesidad de camas COVID en la UHB disminuye. Se constata la elevada prevalencia de problemas neuropsiquiátricos en enfermos COVID-19 ingresados.</p> <p>CSM: La vuelta a la actividad presencial se hace paulatinamente. Necesidad de que los pacientes acudan con mascarillas y respetando la distancia de seguridad. Los espacios para las terapias de grupo y las terapias por telepsiquiatría se potencian.</p> <p>CS: Se facilita que los médicos vuelvan a poder derivar a los CSM, dándoles la opción a los pacientes de que elijan ser atendidos telefónicamente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se mantiene UHB mixta (pacientes COVID+ y -). - Creación de un programa asistencial multidisciplinar para el seguimiento de pacientes COVID graves formado por los Servicios de Medicina Interna, Neumología, Psiquiatría y Neurología. - Dimensionamiento de las salas de espera por la distancia social. - La telepsiquiatría en consultas y en terapias. - Redistribución de horarios de asistencia.

rios y en las unidades hospitalarias (UHB, Hospital de Día y Unidad de Interconsulta y Enlace: UICE).

DESCRIPCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS EN LAS SUCESIVAS FASES DE LA ALARMA SANITARIA POR LA COVID-19

Fase de rápido ascenso de casos y riesgo de colapso del sistema sanitario

En las primeras semanas de marzo hubo un brusco y acelerado ascenso de casos sospechosos de COVID-19 (3), muchos de ellos derivados a los hospitales, con mala evolución clínica y mal pronóstico vital (8). Hubo 5.200 casos ingresados por COVID-19 grave en el HU120 hasta el 31 de mayo (Tabla 2). Atención Primaria implementó la asistencia telefónica de forma preferente y para

seguimiento domiciliario (9). Por otro lado, hubo una significativa atención, tanto en CS como en domicilios, que probablemente incrementó el número de profesionales contagiados y fallecidos por la COVID-19. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria comenzó a reorganizar diariamente la asistencia de los 430 CS y consultorios locales, en función de la disponibilidad de las plantillas. No se recomendaba a la población acudir a los CS ni a las urgencias hospitalarias, salvo en caso de extrema gravedad (ni a consultas ambulatorias de Atención Especializada, incluida Salud Mental), para evitar el contacto con personas potencialmente enfermas, así como la exposición del personal sanitario que no disponía de los equipos de protección individual (EPI) necesarios.

Tabla 2. Incidencia de casos COVID-19 positivos confirmados por PCR en los distritos cuya población ingresa en el Hospital Universitario 12 de Octubre (datos hasta el 31 mayo 2020).

Distritos que tienen como hospital de referencia el Hospital Universitario 12 de Octubre	Casos confirmados	Tasa de incidencia
Carabanchel	2.788	1.101,5 X 100.000
Usera	1.424	1.019 X 100.000
Villaverde	1.449	974,8 X 100.000

La UHB de Psiquiatría se transformó en unidad MI-COVID el 19 de marzo. Los pacientes para ingreso psiquiátrico y COVID negativos se derivaron a un hospital privado monográfico (UHB Complejo Asistencial Benito Menni) o a UHB de hospital dependiente del Ministerio de Defensa (Hospital Central de la Defensa).

En un primer momento, los enfermos con trastorno mental y COVID positivos ingresaban en camas de Medicina Interna (MI), siendo atendidos por personal de la UICE, que también atendía a los pacientes habituales. La presencia de estos nuevos pacientes generó una sobrecarga añadida para el personal, que ya soportaba una gran presión por la enorme cantidad de personas gravemente enfermas, con una patología desconocida y con necesidades de camas de UCI. Además, los escasos EPI disponibles (de colocación y retirada compleja y lenta) hacían más lenta y gravosa la actividad asistencial. En esta situación, la UICE tuvo que ser reforzada por profesionales de los CSM, del Hospital de Día y de la UHB.

Las visitas a los pacientes estaban prohibidas; de ahí que los profesionales acompañaban al paciente, tanto en el proceso de enfermedad como en el fallecimiento.

Al inicio, cuando las camas de UCI eran claramente insuficientes, fue necesario arbitrar medidas y criterios de triaje de pacientes, posibilitando el acceso a los tratamientos de

soporte vital avanzado a aquellos que tenían mejor pronóstico. Se tomaron decisiones con un gran coste emocional para todos los implicados y, en ocasiones, con opiniones encontradas entre los servicios implicados. Para paliar esta situación, la Dirección Médica y la Gerencia del Hospital nombraron dos personas con formación y experiencia en Bioética, una de ellas la Coordinadora de la UICE, para asesorar a los profesionales en este tipo de decisiones.

El apoyo emocional a los sanitarios se realizó en varias etapas. Primero, por documentos de divulgación sobre las reacciones emocionales normales en situación de crisis aguda y sobre medidas de autocuidado para disminuir el impacto psicológico (10). Luego, se habilitó un teléfono de contacto y una consulta presencial.

La coincidencia temporal de la pandemia con los meses de mayor incidencia de tentativas y suicidios consumados en la CAM (marzo y mayo) (11) hizo que la consulta ambulatoria de prevención de conducta suicida (ARSUIC) se mantuviera abierta todo este tiempo, con citas tanto presenciales como telefónicas.

En el área de influencia HU12O se habilitaron dos hoteles medicalizados: uno gestionado por Endocrinología y otro por Ginecología y Obstetricia, con el apoyo de dos psicólogas clínicas del Servicio de Psiquiatría.

A nivel comunitario, la atención pivotó sobre los CSM adscritos al HU12O (que redujeron la presencia física de profesionales al mínimo), en coordinación con los dispositivos de

rehabilitación psicosocial, que complementan la atención a pacientes con trastorno mental grave (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes del CSM Villaverde atendidos paralela y coordinadamente en los dispositivos de rehabilitación psicosocial asociados (datos a 29 mayo 2020).

Dispositivo	Pacientes atendidos
Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS de Villaverde)	62
Equipo de Apoyo Psicosocial (EASC Villaverde)	40
Centro de Rehabilitación Laboral (CRL Villaverde)	49
Centro de Día (CD Villaverde)	56
CRPS y CD Carabanchel	6
CD y EASC Usera	3
Mini-residencias (MR Carabanchel, Cobeña, Aranjuez y Hestia Esquerdo)	12
Pisos supervisados	5
TOTAL	233

Aunque era prioritario que todos los profesionales hicieran seguimiento telefónico, desde sus domicilios, de los pacientes más graves, se ofreció asistencia presencial en el CSM cuando la situación clínica lo requiriera (p.e. administración de antipsicóticos inyectables de larga duración; A-ILD) e incluso puntualmente en atención domiciliaria para evitar desplazamientos a los servicios de urgencias.

Para facilitar la atención telefónica a los pacientes, inhabitual hasta el momento en nuestro medio, se revisó la literatura científica al respecto y se trató de adaptar a los recursos disponibles y a las características socio-culturales de la población atendida (12). Además, los servicios informáticos del hospital posibilitaron el acceso remoto a las Historias Clínicas Electrónicas de sus pacientes. El papel de los administrativos fue determinante para solucionar las contingencias surgidas de esta nueva realidad. Junto a ello, desde el CSM, se instauraron nuevas vías de comunicación, como la vídeo-conferencia, para

facilitar la coordinación y transmisión de directrices organizativas, que, además, ayudó a crear espacios interprofesionales donde compartir una postura reflexiva y crítica de la situación (13).

En los CSM se priorizó no interrumpir el tratamiento de los trastornos mentales graves, a pesar de que la accesibilidad a los mismos y la disponibilidad de profesionales de enfermería tras su traslado a los servicios hospitalarios estaban reducidas. El CSM de Villaverde es uno de los que mayor número de pacientes de esquizofrenia tiene tratados con clozapina, tanto en la CAM como a nivel nacional (14). La infección por COVID-19 se relacionó con linfocitopenia, pero con cifras de neutrófilos en rango normal o incluso elevado (15). En esas circunstancias, se realizó una adaptación de las recomendaciones, tanto para el uso de clozapina (16) como de A-ILD (17), durante la pandemia. Además, otros compañeros del servicio colaboraron en las recomendaciones del uso de psicofármacos en pacientes ancianos tratados por COVID-19 (18).

Con respecto a la atención a niños y adolescentes, se mantuvo de manera similar a la de adultos, con consultas telefónicas, con atención presencial para los pacientes más graves y atención en Interconsulta Hospitalaria de pacientes en edad pediátrica. El Hospital de Día de Salud Mental Infanto-Juvenil de referencia y una de las tres UHB para adolescentes en la CAM también tuvieron que ser clausurados, en cumplimiento de las medidas sanitarias dictadas.

En resumen, en esta primera fase de la pandemia, el Servicio de Psiquiatría tuvo que adaptarse a funcionar con las camas de hospitalización de enfermos agudos fuera del Hospital, al cierre del Hospital de Día de adultos y el de niños y adolescentes, a la sustitución de la mayoría de las consultas ambulatorias presenciales por consultas telefónicas, al incremento de la demanda de atención psiquiátrica y psicológica en los pacientes ingresados y a la sobrecarga emocional de todos los implicados en la atención de pacientes COVID positivos. Al mismo tiempo, la gestión del Servicio de Psiquiatría posibilitó la redistribución de profesionales, de manera que se pudiera hacer frente a las demandas hospitalarias y ambulatorias.

Fase de progresivo descenso de los casos graves

Según datos del Ministerio de Sanidad, a mediados de marzo se produjo el pico máximo de contagios (4). El 24 de marzo ocurrió otro tanto con el número de pacientes hospitalizados por COVID-19 y progresivamente se fueron reduciendo las camas de UCI ocupadas. La mejoría de la situación permitió una nueva reorganización de la asistencia sanitaria. Los hospitales, al disponer de camas libres de UCI, flexibilizaron el acceso a estas unidades y la sobrecarga asistencial también descendió.

Durante esta etapa, hubo algunos incidentes con el personal sanitario. Se pasó de una exaltación heroica, a, puntualmente, verlos como un peligro, por ser potencial fuente de contagio. Se protagonizaron algunas escenas de rechazo e, incluso, de agresión. Aunque fueron hechos aislados, su difusión y magnificación por redes sociales produjeron nuevos gestos de apoyo. Fue en este momento de reducción de presión asistencial cuando se produjo el incremento progresivo de demanda de atención psicológica por parte de los profesionales. Personal médico y de enfermería se hicieron más conscientes del sufrimiento experimentado por pacientes y familias, y también de cómo ellos mismos se habían visto afectados por la experiencia.

Aumentaron las solicitudes de interconsulta para pacientes hospitalizados y para pacientes en seguimiento por el alargamiento de la estancia hospitalaria. Un dato importante es que se duplicó el número de ingresos por tentativa grave de suicidio. Entre el 25 de marzo y 10 de mayo, se atendió a 17 personas ingresadas por este motivo, mientras que en el mismo periodo de 2019 fueron 8. En la mitad de casos, el método usado fue la precipitación, seguido de las heridas provocadas por arma blanca.

Otro dato llamativo es que los pacientes COVID-positivos atendidos en la UIE presentaban episodios confusionales agudos atípicos, con delirios estructurados y evolución tórpida, con etiología difícil de precisar por implicación de diversos mecanismos: afectación directa del Sistema Nervioso Central por coronavirus SARS-CoV-2; afectación indirecta por reacción inflamatoria excesiva (tormenta de citoquinas) y los trastornos metabólicos y la hipoxia; efecto adverso de los tratamientos contra el virus (hidroxicloroquina, azitromicina, antirretrovirales,

²Reportaje de la TV Autonómica de Madrid: "La denuncia de una sanitaria en Madrid: «Esos que tanto nos aplauden, no nos quieren en sus casas»". En: <http://www.telemadrid.es/coronavirus-covid-19/sanitaria-maltratada-Madrid-aplaudieron-contagio-0-2238076187--20200605015424.html>

corticoides, o mezcla de varios). En toda esta fase hubo refuerzo en UICE con los psiquiatras de los CSM.

La disminución del número de ingresos por COVID-19 permitió la reapertura de la UHB. La distribución topográfica de la planta permitió crear dos subunidades: una “limpia” (8 camas) para ingreso de pacientes con trastornos mentales descompensados y COVID negativos, y otra “sucia” (12 camas) para los últimos pacientes a cargo de MI, hasta darles el alta y volver al uso primigenio de la unidad.

En cuanto a los profesionales sanitarios, progresivamente aumentaron las solicitudes de atención por psicopatología. A finales de mayo se contabilizaron 50 peticiones, la mayor parte mujeres de 45-55 años, enfermeras o técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), con trastornos adaptativos, crisis de angustia o reactivación de patología previa. El temor a enfermarse por COVID o a contagiar a sus familiares, concretamente a padres mayores, ha sido constante en todos ellos, al igual que los trastornos del sueño. Aunque la experiencia vivida en el cuidado de los pacientes COVID ha dejado una huella difícil de olvidar, en este grupo de personas no hemos encontrado, aún, los trastornos por estrés postraumático que se describen en estudios de sanitarios de China e Italia. No obstante, todavía es pronto para extraer conclusiones al respecto.

Durante esta fase también se iniciaron algunos proyectos de investigación centrados en la COVID-19 (19) y se comenzó a recuperar, on line, tanto la actividad docente como las sesiones clínicas.

Los profesionales del Servicio de Psiquiatría también fueron afectados por COVID-19, confirmándose contagio en un 10% del total de

plantilla, con sólo 2 personas con necesidad de ingreso hospitalario, mientras que el resto tuvo afectación leve o moderada, que permitió recuperación en domicilio. Afortunadamente, no hubo fallecimientos.

La mayor disponibilidad de material de protección frente a la infección y detección del virus facilitó la atención en esta fase. De todas formas, en este momento, España era el país con mayor número de sanitarios contagiados (40.909 y 52 fallecidos a 29 de mayo) (4).

Fase de desescalada y transición hacia la normalización de la asistencia

Actualmente estaríamos en la última etapa de la pandemia, si sigue la tendencia actual y no hay repunte de casos. El 11 de mayo algunos territorios del país comenzaron la desescalada de las medidas de restricción de movilidad y desde el 25 de mayo, toda España está en este proceso.

La sanidad también trata de recuperar la normalidad. La UHB y UICE ya trabajan a pleno rendimiento, con presencia, en horario habitual, de todos los profesionales, aunque siguen las consultas ambulatorias telefónicas, siendo presenciales las imprescindibles. La UHB sigue como unidad mixta (pacientes COVID y no COVID).

Se es consciente de la previsible alta prevalencia de trastornos mentales en personas que han precisado hospitalización por COVID, sobre todo los que han tenido ingreso en UCI (alrededor de 2.000 pacientes ingresados con diagnóstico confirmado en los tres primeros meses).

La Dirección Médica y la Gerencia han decidido que la valoración de estos pacientes tras el alta sea en sus consultas ambulatorias. Para ello, se ha creado un grupo multidisciplinar con los Servicios de Medicina Interna, Neumología,

Rehabilitación, Cardiología, Neurología y Psiquiatría y Salud Mental.

Con mantenimiento de las medidas de distancia social y protección, los CSM vuelven a funcionar, disponiendo físicamente de todos sus profesionales, si bien, se sigue manteniendo la atención telefónica preferencial y se plantean nuevas modalidades de intervención, como la grupal por vídeo-conferencia.

Es previsible un aumento de problemas mentales de manera sostenida, tanto en población general por confinamiento, como exacerbaciones de problemas mentales existentes (20). Anticipar este impacto es uno de los principales retos en la gestión de la última fase de esta crisis (Figura 2), de cara a dar una respuesta sanitaria (21), sin perder de vista que los malestares postcrisis requieren de respuestas globales de naturaleza social, laboral o económica, para no caer en la patologización de necesidades que han de ser cubiertas socialmente (22).

Dada la gran presión sufrida por numerosos profesionales sanitarios, desarrollando actividades de alto impacto emocional, es previsible un aumento de psicopatología en este subgrupo de población, que tendrá también que tenerse en cuenta en la estimación de las necesidades en la provisión de atención en Salud Mental. En esta fase esperamos atender a profesionales sanitarios con aumento significativo de la sintomatología ansioso-depresiva y de agotamiento, confirmando los datos que estamos encontrando en encuestas recientes realizadas en España en la actual crisis (23). En este momento, el HU120 es una de las entidades colaboradoras en el proyecto "Mental Health impact and needs associated with COVID-19: a comprehensive national evaluation in Spain"

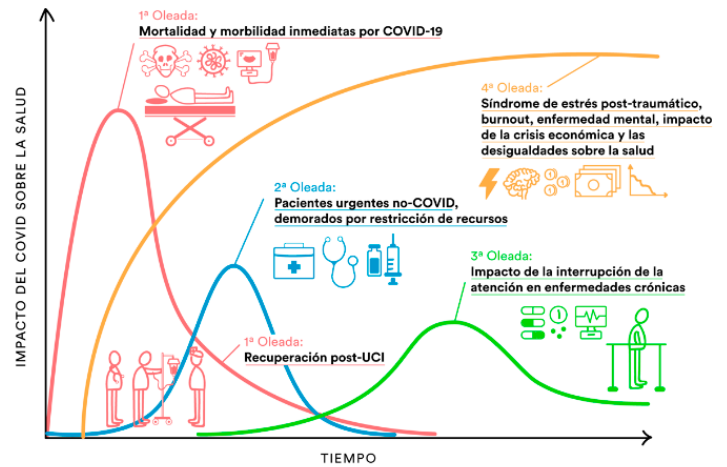


Figura 2. Las oleadas previsible (a partir de la atribuida a @VectorSting, con la inestimable ayuda gráfica de Escarlata Almenar) (modificado de 21).

con cargo al Fondo-COVID19 (Real Decreto Ley 8/2020, de 17 de marzo), cuyo objetivo es obtener datos prospectivos del impacto en Salud Mental de los trabajadores y de los casos que han sido aislados o sometidos a cuarentena.

ESTRATEGIAS PARA LA POSTCRISIS DE LA PANDEMIA

En la última fase es prioritaria la recuperación económica y del tejido social, mientras se mantiene una actitud prudente y un sistema sanitario preparado ante un repunte de casos o una nueva pandemia (Tabla 4). La atención sanitaria, a día de hoy, sigue siendo predominantemente telemática, una herramienta de trabajo de escaso uso anterior y que la situación actual ha mostrado como un método útil en la toma de decisiones médicas y bien aceptada por los pacientes; una herramienta que vemos que ha llegado para quedarse.

Un objetivo prioritario serán las personas con trastornos mentales cuyo tratamiento fue interrumpido o no se pudo iniciar. Los CSM que realizaban atención telefónica desde domicilio y solo mantenían un pequeño equipo para la atención urgente, han reanudado su actividad presencial completamente desde el día 8 de junio.

³Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (Servicio Madrileño de Salud). Plan de respuesta asistencial prioritaria en Salud Mental en la postcrisis por COVID-10 (mayo 2020) [documento interno].

Tabla 4. Cambios asistenciales y estrategias de actuación para la fase social de la pandemia COVID-19 (Comunidad Autónoma de Madrid).

Fase: Periodo inicial de la fase social de la pandemia (problemas socio-económicos)	
Acontecimientos/hechos relevantes en diferentes dispositivos	Acciones
<p>Hospital: Aparecen complicaciones médicas en pacientes que han sido dados de alta por COVID, lo que refuerza el programa asistencial multidisciplinar.</p> <p>Aumenta el número de profesionales que solicitan ayuda psicológica.</p> <p>CSM: Preparación de los equipos para las derivaciones desde Atención Primaria.</p> <p>Búsqueda de alternativas psicoterapéuticas no presenciales.</p> <p>CS: Se abren las agendas, manteniendo asistencia presencial y telefónica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La actividad de dispositivos comunitarios se reanuda progresivamente. - Se contratan profesionales para atender a pacientes COVID y a profesionales con problemas psicológicos por la pandemia. - La Consejería de Sanidad pone en marcha un plan de refuerzo de la atención de Salud Mental en la post-crisis COVID-19 (que prevé contratación de 23 psiquiatras, 36 psicólogos, 2 enfermeras y un terapeuta ocupacional y la apertura de un nuevo Hospital de Día para niños y adolescentes). - Screening, diagnóstico y tratamiento en enfermos de COVID. - Formación en Salud Mental a los equipos de los CS y elaboración de Guías psicoeducativas y materiales audiovisuales para: Manejo del Duelo, Problemas emocionales derivados del confinamiento, Problemas psicológicos por COVID (tanto para adultos como para población infanto-juvenil).

Otros objetivos serán la atención y medidas de protección y prevención de los sanitarios que estuvieron en primera línea de asistencia y de los pacientes que presentaron formas clínicas de gravedad de la infección y que hayan desarrollado trastornos mentales (si bien, el desconocimiento de las secuelas somáticas añade incertidumbre a la situación).

Por otro lado, se necesita promover la investigación sobre la influencia del coronavirus en la Salud Mental para reducir los impactos psicológicos adversos y síntomas psiquiátricos. Es importante tener en cuenta que algunos síntomas psiquiátricos pueden confundirse con los provocados por la COVID-19.

Entre las circunstancias que se están viendo, cabe resaltar la importante necesidad de hablar de lo vivido en los pacientes ingresados por COVID. Hay que permitirles este espacio para expresar y ventilar sentimientos. También se está viendo que pacientes mayores ingresados por COVID graves, se quejan de dificultades cognitivas desde el contagio (i.e., problemas de memoria, atención, o lentitud de pensamiento). Finalmente, pensamos que la intervención en crisis es necesaria para tratar de forma precoz a los pacientes con síntomas psiquiátricos leves y evitar así que se desarrollen trastornos psiquiátricos más complejos.

LECCIONES DE LA PANDEMIA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Posiblemente, la mayor lección aprendida por nuestro Sistema Sanitario sea la de la humildad: o nuestras Autoridades Sanitarias no acertaron a interpretar la gravedad de la pandemia, o nuestro Sistema Sanitario no era tan fuerte como creíamos, o ambas cosas a la vez (24). En un país tan descentralizado como España, con un Ministerio de Sanidad acostumbrado a pactar o recomendar medidas, esta pandemia ha generado las dificultades propias de quien no está acostumbrado a saber dónde, a quién y cómo comprar mascarillas, respiradores u otros materiales de protección, o a coordinar a las distintas Comunidades Autónomas para realizar el seguimiento de la infección. Necesitamos potenciar una estructura sanitaria con competencias estatales que sirva para detectar futuras alertas y coordine el seguimiento de las mismas.

Las Autoridades Sanitarias han caído en el error de enviar mensajes poco claros a la población, confundiendo lo que se debe hacer, como es obligar al uso de las mascarillas, con lo que se puede hacer, esto es, recomendar el uso de las mismas, porque no había existencias para repartir entre toda la población. Este aspecto ha tenido una enorme incidencia en los profesionales sanitarios, a los que no se les pudo ofrecer desde el principio todas las EPIs necesarias, que habrían evitado los contagios en este colectivo. Creemos que las tele-consultas han venido de la mano de la pandemia y muy posiblemente permanezcan, aunque no deberíamos caer en el error de “prescindir de profesionales por el uso del teletrabajo”, porque se desvirtúa el acto médico, centrado en la relación médico-paciente.

Y, finalmente, si nuestras Autoridades Sanitarias no invierten más en la Atención Primaria, muy posiblemente paguemos cara la ilusión disponer de un sistema sanitario fuerte, únicamente por tener excelentes hospitales y técnicas de diagnóstico-tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19); 2020 [<https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>].
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV); 2020 [[https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))].
3. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 2020; 67: 25390-25400 [<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>].
4. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), Equipo COVID-19. Análisis de los casos de COVID-19 notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Informe nº 33, 29 de mayo de 2020 [<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20n%C2%BA%2033.%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20casos%20de%20COVID-19%20hasta%20el%2010%20de%20mayo%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>].
5. Instituto Nacional de Estadística. Estadística experimental: Estimación de Defunciones Semanales durante el brote de COVID-19. Nota de prensa 3 junio 2020 [https://www.ine.es/prensa/experimental_edes.pdf].
6. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Autónoma de Madrid. Informe epidemiológico semanal. Comunidad de Madrid, datos a 9 de junio de 2020 [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/epid/informe_epidemiologico_semanal.pdf].
7. Comunidad Autónoma de Madrid. Abrimos el pabellón 7 del hospital temporal instalado en IFEMA. Nota de prensa de 30 junio 2020 [<https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/03/30/abrimos-pabellon-7-hospital-temporal-instalado-ifema>].
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social del Gobierno de España. Manejo clínico de la COVID-19: atención hospitalaria (documento técnico). Versión del 18 de mayo de 2020 [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf].
9. Llor C, Moragas A. Coronavirus y Atención Primaria (editorial). Atención Primaria 2020; 52 (5): 294-296 [<https://www.elsevier.es/>].

es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656720301001].

10. Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Universitario 12 de Octubre. Psiquiatría y Salud Mental durante la pandemia COVID-19. Material psicoeducativo y recomendaciones para la práctica clínica durante la pandemia COVID-19. Cuadernos de Salud Mental del 12, 2020; 17: 1-154 [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria].

11. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Suicidio en España; 2020 [https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=2590&capsel=2655].

12. Rojas C, Molina JD. Recomendaciones para la atención telefónica en pacientes ante la pandemia COVID-19 en el CSM Villaverde. Cuadernos de Salud Mental del 12, 2020; 17: 10-14 [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria].

13. López-Fuentetaja A. Mentalización en la pandemia por la COVID-19. Boletín AGCPSM HU12O, 2020; 65: 5-8 [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria].

14. Sanz-Fuentenebro FJ, Uriarte JJ, Bonet P, Molina V, Bernardo M. Patrón de uso de clozapina en España. Variabilidad e infraprescripción. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona) 2020; 12 (3), 151-162 [https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-pdf-S1888989118300156].

15. Wu J, Liu J, Zhao X, Liu C, Wang W, Wang D, et al. Clinical Characteristics of Imported Cases of COVID-19 in Jiangsu Province: A Multicenter Descriptive Study. Clinical Infectious Diseases, 2020; Feb 29; ciaa199, online ahead of print [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7108195].

16. Molina JD, Vega LS. Recomendaciones en el uso de clozapina durante la pandemia de coronavirus (COVID-19). Cuadernos de Salud Mental del 12, 2020; 17: 15-18 [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria].

17. Vega LS, Molina JD, Sanz J, Castillo I. Recomendaciones para el uso de antipsicóticos inyectables de larga duración durante la pandemia COVID-19. Cuadernos de Salud Mental del 12, 2020; 17: 19-32 [https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/profesionales/servicios-medicos/psiquiatria].

18. Esteve A, Agüera L, Manzano S. Documento de consenso de 8 sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Neurología, Sociedad Española de Psicogeriatría, Sociedad Española de Medicina Geriátrica, Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Geriátrica): Manejo farmacológico de trastornos psicóticos en personas mayores con tratamiento de la infección por COVID19: interacciones y recomendaciones

terapéuticas; 2020 [http://www.sepsiq.org/file/Noticias/Usodeantipsic%C3%B3ticos%20y%20otros%20psicof%C3%A1rmacos%20en%20poblaci%C3%B3n%20geri%C3%A1trica%20y%20COVID19-26_03_2020.pdf].

19. Herrero A, Parra J, Diaz T, Arias EM, Muñoz J, del Yerro MJ, González M. Sleep characteristics in health workers exposed to the COVID-19 pandemic. Sleep Disorders 2020 (en prensa).

20. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet 2020; 395 (10227): 912-920 [https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8].

21. Meneu R, Ortún V, Peiró S, González B, Hernández I, Ibern P. La salida: mejorar la capacidad de respuesta sanitaria (y social). Blog "Economía y Salud", AES, 19 abril 2020 [http://www.aes.es/blog/2020/04/19/la-salida-mejorar-la-capacidad-de-respuesta-sanitaria-y-social/].

22. Inter-Agency Standing Committee. Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19. Version 1.5, marzo 2020 [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20%28Spanish%29_0.pdf].

23. Universidad Complutense de Madrid. El 79,5 por cien de los sanitarios sufren ansiedad y el 40 por cien se siente emocionalmente agotado tras la primera oleada de atención hospitalaria por Covid-19. Nota de prensa del 18 de mayo de 2020 [https://www.ucm.es/estudio-laboratorio-psicologia-trabajo].

24. Crespo J, Calleja JL, Zapatero A. Widespread COVID-19 infection among Spanish healthcare professionals did not occur by chance. The BMJ Opinion, 1 de junio de 2020 [https://blogs.bmj.com/bmj/2020/06/01/widespread-covid-19-infection-among-spanish-healthcare-professionals-did-not-occur-by-chance/].

AVANCES EN DIETA MEDITERRÁNEA Y VIDA SALUDABLE: EL AGUACATE EN LA PIRÁMIDE DE LA DIETA MEDITERRÁNEA

Autor:

Dr. Alejandro Bonetti Munnigh

Académico Numerario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla. 2003.

Académico correspondiente de las Academias de Medicina (2002) y Ciencias de la República Dominicana. 2003

Académico correspondiente de la Academia de Gastronomía de la República Dominicana. 2019.

Candidato a Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, Primada de América (1538). 2019.

“La difusión de los conocimientos científicos de la nutrición es el camino más eficaz para salir de la confusión en la que el público se encuentra sumergido» Prof. Grande Covián.”

El valor de la dieta y su influencia en nuestra salud se remonta a los albores de la humanidad, cuando el padre de la medicina, Hipócrates (460 AC) afirmaba que: “Somos lo que comemos”, “Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina, sea tu alimento”.

El desarrollo económico de las últimas décadas, así como los cambios en nuestras formas de vida y el fenómeno de la globalización, han dado lugar a una ruptura en los hábitos alimenticios, produciéndose una transición dietética global, con afectación tanto cualitativa, como cuantitativa en la alimentación, con un aumento en azúcares refinados, grasas poliinsaturadas, incremento de la ingesta de carnes y derivados, en el seno de una sociedad consumista.

La OMS afirma que estos hábitos alimenticios han sido los responsables de un gran número de fallecimientos y del aumento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, tales como: Enfermedades Metabólicas (Obesidad, Diabetes Mellitus), Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Neurodegenerativas y Cáncer.

La obesidad es la auténtica plaga del Siglo XXI, alcanzando cifras en la infancia en nuestra comunidad de un 14% y en los adultos de un 30%. Se estima que en el año 2050 seremos más de 9.000 millones de personas en el planeta.

La persistencia de la tendencia actual de los hábitos alimentarios (Dieta Occidental), sin clara directrices de modificación, nos acarrearía graves consecuencias a nuestra salud y por ende un aumento de la emisión de gases de efecto invernadero, con clara afectación al Medioambiente.

Pondríamos en peligro la Salud Planetaria, con las graves consecuencias que ello nos depararía. En la actualidad, la tendencia mundial, es de mayor consumo de verduras, frutas, invirtiéndose el consumo de carnes y derivados cárnicos. Estamos convencidos que, dada la magnitud de la situación, se hace imprescindible la urgente búsqueda de soluciones al trinomio - dieta-ambiente y salud, desde los ámbitos públicos, institucionales, industria agroalimentaria, etc. marcando las pautas de consumo saludable, agricultura sostenible, educación y la participación de la Sociedad Civil en defensa de la salud pública y para la salud del planeta, como recoge la OMS y en nuestro entorno la Ley de Promoción de Vida Saludable y Dieta Equilibrada de la Junta de Andalucía.

Uno de los aspectos de mayor interés es el despertado por la transferibilidad de la Dieta Mediterránea (DM) a otras culturas con patrón alimenticio tipo Occidente, en la cual el Prof. José

Miguel Martínez afirma: La transferibilidad de la Dieta Mediterránea tradicional a las poblaciones no mediterráneas es posible, pero requiere una multitud de cambios en los hábitos, lo que muestra fehacientemente el enorme interés que despierta la DM en países occidentales, con patrón alimenticio caracterizado por grasas saturadas, hipercalóricos, azúcares refinados, etc. La Dieta Mediterránea (DM) es el prototipo ideal de dieta saludable y equilibrada, designada así por la OMS, afirmando que la DM, actividad física regular y la abstinencia de tabaco y alcohol, es la clave de la prevención de la Enfermedades Crónicas no Transmisibles entre el 70-80% del total de estas. Esta dieta se caracteriza por un alto contenido en polifenoles, ácidos grasos insaturados (Ac Oleico, Linoleico, Alfa-linoleico), vitaminas, baja ingesta de proteína animal, aumento de proteína del pescado y un aspecto primordial: "Compartir mesa y mantel".

Por su parte la UNESCO en el año 2011, declara a la DM, como Patrimonio Inmaterial de la Humanidad. La alimentación sostenible, eje de la nueva pirámide de la DM, de hecho, la nueva propuesta de pirámide de DM no solo recomienda la frecuencia y el tipo de alimentos para una alimentación equilibrada, sino que incide en hacerlo de forma sostenible con el medioambiente. Consumir productos locales de temporada o elegir los métodos de producción respetuosos con la naturaleza son algunos de los consejos.

La aparición del término DM y conocer las bondades de la misma, se lo debemos al Prof. Ancels Key (1904-2004) fisiólogo, eminente científico norteamericano, en un estudio pionero y trascendental, realizado en 1952, sobre las costumbres nutricionales, entre los pescadores de la ciudad de Nápoles y otra población con mayores recursos económicos, evidenció que en el primer grupo, la dieta era a base de pescados,

legumbres, verduras y frutas frescas, aceite de oliva. En cambio, en el segundo grupo existía una mayor ingesta de grasas saturadas, proteínas, hidratos de carbono refinados, con menor consumo de los productos del primer grupo. Se observó que la presencia de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad era mayor en este segundo grupo.

Posteriormente estos resultados se confirman en España de la mano del Prof. Grande Covián, con una consagración científica definitiva de las virtudes y bondades de la DM, mediante el estudio de los 7 países (Holanda, Finlandia, Italia, Estados Unidos, Yugoslavia, Grecia y Japón) llevado a cabo por espacio de 15 años, donde se estudiaron 12,000 pacientes. En el citado estudio se verifica que los pacientes de la cuenca mediterránea muestran una menor frecuencia de enfermedades cardiovasculares y mortalidad, relacionadas a las mismas, en relación a aquellos no consumidores de la Dieta Mediterránea.

Los estudios de Predimed y Predimed plus, realizados en España, en los últimos años han marcado un hito en la investigación de la DM y las virtudes amplias y trascendente en el campo de la Salud. En el estudio de Predimed Plus, se compara la Dieta Mediterránea baja en calorías y asociada a ejercicio físico diario, con una Dieta Mediterránea no hipocalórica. Se concluye que la primera mejora todavía más el perfil de riesgo cardiovascular, además de lograr una pérdida de peso que se mantiene a largo plazo, con muy acertados resultados en el control metabólico de la Diabetes Mellitus tipo 2, aún en gestantes. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental (RAMAO), Ceuta y Melilla, crea el día 12 de marzo 2018 el "Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable" como proyecto estratégico y merced a la necesidad y demanda de la sociedad. Teniendo como objetivo primordial fomentar la investigación, la docencia y la

divulgación del desarrollo conjunto de esta orientación científica y cultural, que va marcar el eje de la prevención de la salud en el siglo XXI. En el ámbito de Andalucía Oriental (Almería, Málaga, Jaén y Granada) se suman todos los elementos para definir el centro y modelo de DM por excelencia, siendo Almería la despensa de Europa, con la mayor producción hortofrutícola, suministrado productos a 500 millones de europeos. De igual manera, la mayor producción y calidad de aceite de oliva extra virgen, se da en las cuatro provincias, siendo Jaén, la protagonista número uno. Málaga y Granada aportan una riqueza en los cultivos subtropicales de gran valor nutricional (Aguacate, Mango, Chirimoya, etc.). En acto solemne institucional, se presentó el Aula el día 15 de junio 2018, en Almería, contando en su seno, con las más relevantes figuras nacionales e internacionales de la Nutrición, Endocrinología, Dietética, Investigadores Agroalimentarios, etc. La presentación se realizó en directa colaboración con el Ayuntamiento y Diputación Provincial, procediéndose concomitantemente al apoyo científico por parte de la RAMAO, a la candidatura de Almería Capital Gastronómica Española 2019, siéndole concedida tal distinción el pasado día 17 de octubre.

Muy recientemente la Junta de Andalucía presenta en el parlamento un proyecto de Ley para la Promoción de una Vida Saludable y una Dieta Equilibrada, el cual ha superado el debate a la totalidad en el Parlamento de Andalucía. El texto legislativo plantea un abordaje integral y transversal para invertir la tendencia al alza que registran los países occidentales de los problemas de salud derivados de la obesidad y que en Andalucía afecta al 16,6% de la población adulta y al 23% de la población infantil. Además, según datos del Servicio Andaluz de Salud, el 15,2% de las gestantes también padece obesidad.

Hasta la década de los años 60, la adherencia en España a la DM era modélica, a partir de esas fechas, con la bonanza económica y los efectos de la globalización, en los ámbitos nutricionales, sufrimos una invasión de comida rápida, hipercalórica, rica en grasas saturadas, con nefastas implicaciones. A propósito de ello el profesor Francisco Grande Covián decía que “es más fácil cambiar de religión que de hábitos alimentarios”, sin embargo, actualmente sí que estamos modificando nuestros hábitos alimentarios y retornando a la DM.

AGUACATE

Persea americana, conocida comúnmente como aguacate², palta (Argentina, Bolivia, Chile, Perú y Uruguay) o aguacatero, es una especie arbórea del género *Persea* perteneciente a la familia Lauraceae, cuyo fruto, el aguacate o palta, es una baya comestible.

Es una especie originaria de Mesoamérica, específicamente de las partes altas del centro y Este de México, Guatemala y Sudamérica, específicamente Ecuador, Perú y Bolivia. Las evidencias más antiguas de su uso se encontraron en Coaxcatlán (México) y data de hace unos 10,000 años.

El aguacate se produce aproximadamente en 46 países. La superficie total cosechada en el mundo alcanzó las 436.3 millones de hectáreas en 2009, siendo, en orden de importancia, México, Indonesia, República Dominicana, Estados Unidos, Colombia, Perú, Kenia, los principales productores. Particularmente México el principal productor, superando el millón de toneladas anuales (1 millón 316 mil 104 toneladas en 2012²⁸), seguido por Indonesia y República Dominicana. Asimismo, México es considerado el más importante «distribuidor» a nivel mundial, participando con el 51,4 % del mercado de exportaciones abasteciendo así a gran parte de la población mundial.

La producción de los países competidores con República Dominicana permanece más o menos a estable en los últimos años, en cambio Chile y República Dominicana la han incrementado durante los últimos años. Esto contempla las posibilidades de una mayor colocación del volumen de los productos dominicanos en los mercados internacionales.

Este rubro frutícola tiene grandes perspectivas de desarrollo en el mercado internacional por la fuerte demanda insatisfecha, en los mercados de la Unión Europea, de los tipos tanto de cultivares verdes (Green Skin) como de la variedad Hass. En la actualidad se estiman unas 350,000 tareas (21,875 hectáreas) sembradas de aguacates en la República Dominicana, de las que un 32% están en la región Norte, un 28% en el Suroeste, un 26% en la región Central y un 14% en la región Sur. La gran mayoría de las variedades son criollas. El aguacate en comparación con productos como el cacao y el café es el producto de mejor facilidad de producción y de cultivo, ya que requiere menos cuidados y es menos laboriosa, en cuanto a cosecha y recogida del fruto.

HISTORIA. ANTROPOLOGÍA.

DIETA MEDITERRÁNEA. AGUACATE

La agricultura original mediterránea, comenzó con el cultivo de los cereales y legumbres en una región que abarca a los países del mediterráneo oriental: Líbano, Israel, Palestina, Siria, Jordania e Iraq. Posteriormente, los fenicios, griegos y romanos cultivaron los tres elementos básicos de la dieta mediterránea: olivos para la producción de aceitunas y aceite de oliva, trigo para hacer el pan y uvas para confeccionar el vino. Luego, estos colonizadores de la cuenca del mediterráneo extendieron las aceitunas y uvas al mediterráneo occidental y distintos pueblos (Iberos, Celtas, Griegos, Romanos, Bárbaros y Árabes) contribuyeron a establecer la actual

“trilogía mediterránea” de pan, aceite y vino (5). En la época clásica se podían distinguir dos modelos alimentarios: el clásico-mediterráneo (de los antiguos romanos) y el de los pueblos bárbaro-continenciales (germánicos y otros).

Otro aporte fue el conocimiento integrador acerca de la importancia de la dieta para la salud en general. Los musulmanes basaron su idea de salud en la sabiduría de la Grecia clásica, la teoría hipocrática-galénica, así como la persa y las culturas hindúes.

El otro gran acontecimiento fue el descubrimiento de América. Este evento condujo, a lo que hoy es admitido de manera inequívoca, como: La transculturización alimentaria más importante de la historia. El intercambio de alimentos entre el Viejo Mundo y el Nuevo fue muy amplio. Este descubrimiento se reflejó en la incorporación a la tradición culinaria de nuevos alimentos, como patatas, tomates, maíz, pimiento, chile (ají), diferentes variedades de frijoles, entre otras, y bebidas como el café y el chocolate.

El tomate, “curiosidad exótica” se consideró comestible tardíamente. Y fue la primera verdura de color rojo que enriqueció la canasta de verduras y que más tarde se convirtió en un símbolo de la cocina mediterránea.

Fray Tomás de Berlanga (Berlanga del Duero, Soria. 1487-1551) fue el introductor en Europa del Tomate y la Patata.

El primer documento escrito que habla del aguacate es el de Martín Fernández de Enciso (Suma de Geografía) en 1519, donde refiriéndose a él lo describe como un fruto que: “... cuando se parte para comerlo es de color amarillo: lo que hay dentro es como la mantequilla, tiene un sabor delicioso y deja un gusto tan blando y tan bueno que es algo maravilloso”.

El primer registro acerca de la implantación del árbol del aguacate en Europa viene de la mano del botánico flamenco Carolus Clusius, quien en

1601 lo describe a partir de árboles de origen mexicano cultivados en el Jardín Botánico de Valencia, España, en su obra *Rariorum Plantarum*. Posteriormente Fray Bernabé Cobo en su *Historia del Nuevo Mundo* de 1653 nos habla de tres clases de “paltas”, donde analiza extensamente sus características, las cuales

vienen a coincidir de forma precisa con las tres razas de aguacate actualmente conocidas: Antillana, guatemalteca y mexicana.

Por lo tanto, los alimentos que componen la dieta mediterránea, son el resultado de los intercambios de alimentos con distintos pueblos de Asia, Europa, Oceanía y América.

AGUACATE. PROPIEDADES- COMPOSICIÓN. -

Energía (Kcal) 141 200 3.000 2.300
 Proteínas (g) 1,5 2,1 54 41
 Lípidos totales (g) 12 17,0 100-117 77-89
 AG saturados (g) 1,41 2,00 23-27 18-20
 AG monoinsaturados (g) 9,01 12,79 67 51
 AG poliinsaturados (g) 1,04 1,48 17 13
 v-3 (g)* 0,046 0,065 3,3-6,6 2,6-5,1
 C18:2 Linoleico (v-6) (g) 0,986 1,400 10 8
 Colesterol (mg/1000 kcal) 0 0 <300 <230
 Hidratos de carbono (g) 5,9 8,4 375-413 288-316
 Fibra (g) 1,8 2,6 >35 >25
 Agua (g) 78,8 112 2.500 2.000
 Calcio (mg) 16 22,7 1.000 1.000
 Hierro (mg) 0,7 1,0 10 18
 Yodo (µg) 2 2,8 140 110

Magnesio (mg) 41 58,2 350 330
 Zinc (mg) 0,3 0,4 15 15
 Sodio (mg) 2 2,8 <2.000 <2.000
 Potasio (mg) 400 568 3.500 3.500
 Fósforo (mg) 28 39,8 700 700
 Selenio (µg) Tr Tr 70 55
 Tiamina (mg) 0,09 0,13 1,2 0,9
 Riboflavina (mg) 0,12 0,17 1,8 1,4
 Equivalentes niacina (mg) 1,5 2,1 20 15
 Vitamina B6 (mg) 0,42 0,60 1,8 1,6
 Folatos (µg) 11 15,6 400 400
 Vitamina B12 (µg) 0 0 2 2
 Vitamina C (mg) 17 24,1 60 60
 Vitamina A: Eq. Retinol (µg) 25 35,5 1.000 800
 Vitamina D (µg) 0 0 15 15
 Vitamina E (mg) 3,2 4,5 12 12

El aguacate es una fruta bastante peculiar ya que mientras la mayoría de ellas están formadas por carbohidratos, el aguacate lo está de grasas saludables, ácidos grasos monoinsaturados, de preferencia el Ac Oleico. Rico en vitaminas, sobre todo la Vitamina E, potente antioxidante. Entre las variedades de aguacate, encontramos el Hass, Bacon, Fuerte, Reed, etc. y en todas vamos a encontrar sustancialmente las mismas propiedades. Una impresionante cantidad de nutrientes y hasta 20 vitaminas y minerales, con tan solo 134 calorías por cada 100 g.

PROPIEDADES DEL AGUACATE EN EL CONTEXTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.

Las personas que consumen habitualmente aguacate terminan incorporando a sus estructuras biológicas la mayor riqueza de los ácidos grasos. Así, por ejemplo, reciben un efecto favorable sobre el colesterol total. Consiguiendo reducir las lipoproteínas de baja densidad o “colesterol malo” (LDL), y aumentando las de alta densidad o “colesterol bueno” (HDL). En consecuencia, quedan demostrados sus efectos innegables sobre el control de la presión arterial, la reducción de la resistencia a la insulina, así como la mejor distribución de la grasa corporal, entre otros.

Bajo esta forma de comportamiento alimentario, se hace un uso habitual del aceite de oliva. La grasa con más alto contenido en ácidos grasos mono insaturado. Una dieta, además, que destaca especialmente por la adecuada relación entre hidratos de carbono, proteínas y grasa.

Justo, lo que se encuentra en cada gramo de aguacate, encaja de manera ideal dentro de la diversidad y el equilibrio nutritivo que promueve la dieta mediterránea.

A fin de cuentas, no debemos olvidar que dieta y dietética etimológicamente significan precisamente eso: una determinada manera de vivir. (6)

EVIDENCIAS CIENTÍFICAS. EL AGUACATE Y LA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR (7)

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en España, siendo responsables de tres de cada diez fallecimientos. La aterosclerosis, proceso que subyace a gran parte de estas enfermedades, se origina por la acumulación de placas de ateroma en el interior de las arterias. Estas placas se inician por el acúmulo de lípidos, en particular colesterol ligado a proteínas de baja densidad (LDL colesterol), en el interior de la pared arterial. La oxidación de este colesterol es el fenómeno que inicia todo el proceso, que conduce finalmente a obstrucciones en arterias coronarias, cerebrales, renales, etc.¹

La aterosclerosis puede prevenirse, siendo fundamental para ello mantener un adecuado estilo de vida, basado en la actividad física y la alimentación. Se ha constatado que ciertos alimentos son particularmente perjudiciales desde este punto de vista; en particular, y dentro de las grasas, las grasas saturadas y las denominadas grasas trans. Por el contrario, las grasas poli y monoinsaturadas, presentes en ciertas frutas y verduras, aceite de oliva y pescado, se consideran protectoras desde el punto de vista de

la salud cardiovascular, por lo que su consumo es recomendado por las distintas sociedades cardiológicas.

Las Guías de Práctica Clínica sobre Prevención de la Sociedad Europea de Cardiología indican que los ácidos grasos polinsaturados reducen los niveles de colesterol LDL, conocido factor de riesgo cardiovascular, y que este riesgo se reduce cuando sustituimos en la ingesta las grasas saturadas por las polinsaturadas, por lo que recomiendan que se consuman alimentos ricos en estos productos.

El aguacate, fruto del aguacatero (*Persea Americana*) es un producto de origen americano, aunque también se cultiva fuera de ese continente. España, en su zona de cultivos subtropicales, es el mayor productor en Europa. El aguacate es rico en grasas, polinsaturadas (80%) y mono insaturadas, lo que lo convierte en una fuente ideal de ingesta de este tipo de grasas beneficiosas. Así se recoge de forma expresa en la Dieta de la Clínica Mayo (“Polyunsaturated fats, found in certain fish, avocados, nuts and seeds, are good choices for a heart-healthy diet”). Por todo lo anterior, parece oportuno incluir de forma destacada al aguacate dentro de las recomendaciones dietéticas para prevenir la enfermedad en general, y la Cardiovascular en particular.

RESUMEN: CONCLUSIONES.

Dentro del contexto “Dieta Mediterránea” (DM), el aguacate cuadra perfectamente como un elemento más dentro de la diversidad nutritiva que posee, destacando naturalmente ser una fuente excepcional de ácido oleico, el ácido graso mono insaturado por excelencia, así como la Vitamina E, como excepcional antioxidante. Evidentemente la DM no es estática, ni histórica. Debe ser dinámica y actualizada con arreglo a los conocimientos actuales.

El año pasado se marcó un récord en producción de aguacates a nivel mundial: 3,2 millones de toneladas.

La DM para ser efectiva debe adaptarse a nuestra época sabiendo que en su área alimenticia sus componentes serán “todos aquellos productos agroalimentarios que promuevan la salud y el bienestar integral de la persona dentro de los cánones tradicionales, naturales y no experimentales”. Hay alimentos que no eran conocidos en siglos anteriores y son DM en la actualidad.

Es por ello que el Comité Científico del Aula Dieta Mediterránea y Vida Saludable y dentro del I Congreso del Aula de la Dieta Mediterránea y Vida Saludable.

Aguadulce. Almería a 22 de mayo 2019.

“El Corazón de la Dieta Mediterránea es principalmente vegetariano, pastas en muchas formas, hojas rociadas con Aceite de Oliva, toda clase de vegetales de la estación, todo terminado con fruta y con cierta frecuencia acompañado de vino.”

Prof. Ancels Key. Padre del término “Dieta Mediterránea”. Sicilia. (1952).

SE SOLICITA:

I. EL Aguacate debe de ser incluido en el Patrón de la Dieta Mediterránea por los innumerables beneficios que aporta hacia la Salud Poblacional. Hoy se denomina y es conocido como el “Oro Verde”.

A. Por su composición nutricional, ya que es una fruta rica en Ac. Grasos monoinsaturados, Ac Oleico, Vitamina A, C y de preferencia las Vitamina E, un potente antioxidante.

B. Por reunir las condiciones de estacionalidad y ser un producto fresco de temporada, mínimamente procesado, que contiene una elevada proporción de nutrientes y sustancias protectoras. Puede ser consumido en diversas formas, solo, en variedad de ensaladas o de postre.

C. Puede encajar de forma armónica en el patrón tradicional de DM, junto con el consumo de AOVE, verduras, hortalizas, legumbres, pescado, cereales no refinados, bajo consumo de cárnicos (en especial carnes rojas y procesados, tales como embutidos, etc.), el consumo de lácteos y alto consumo de frutas, como postre natural.

D. Por su valor histórico y antropológico, los equipara a otros grandes productos, como el Tomate, proveniente de América y hoy es una de las bases de la DM. -

E. Su producción Agroalimentaria actual en España, garantiza productos de máxima calidad y seguridad, con un modelo de Agricultura sostenible, respetuosa al Medio Ambiente y garantizando la Salud Planetaria.

F. El clima mediterráneo se ha convertido en un gran aliado para que España se haya convertido en el mayor productor de aguacates de Europa. Andalucía Oriental lidera la producción, en la costa suroccidental, ofrece las condiciones ideales para la plantación de esta fruta tropical. Solo en las provincias de Málaga y Granada se concentra más del 80% de la producción de toda la Unión Europea. Otras provincias como Almería y Cádiz se han sumado al cultivo de manera progresiva y exitosa-. Canarias también alberga cultivos de aguacates, en menor medida. En 2018, España exportó aproximadamente 97.000 toneladas de esta fruta, según datos del Ministerio de Agricultura.

G. El consumo en España (2018) fue de 74 millones de unidades, suponiendo un incremento de 19 millones de aguacates respecto al 2017.- (un 35% más). - La WAO (World Avocado Organization) aglutina a los principales productores de aguacate. Así mismo cabe resaltar que el ritmo a nivel europeo es similar: el consumo en 2018 creció un 35% en comparación con 2017 y un 65% respecto a 2016. En 2018, se consumieron en Europa más de 650 millones de

kilos, marcando una diferencia de 140 millones de kilos con respecto a 2017 y de 250 millones con respecto a 2016.

H. Aguacate Ecológico: Se está incrementando el cultivo de aguacate ecológico, orgánico, y en su temporada, podemos disfrutar de un excelente producto, con la plenitud de sus propiedades y que provienen de pequeños agricultores con marcado respeto al medioambiente y estrictos criterios de sostenibilidad. -

Por todo ello desde el Aula de la Dieta Mediterránea y Vida Saludable desde la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental, Ceuta y Melilla (RAMAO), proponemos que el consumo de Aguacate, sea introducido, en el sistema de clasificación del Patrón de Dieta Mediterránea (DM), del estudio PREDIMED, dentro del punto 4 (frutas 3 ó más raciones al día) y pueda ser definido como un alimento integrante de patrones alimentarios saludables.

CONCLUSIONES:

Tenemos un gran reto, cual es la prevención de Enfermedades no Transmisibles (ECNT) a través de la Dieta Mediterránea y Vida Saludable, dentro del marco y dictámenes de la OMS (2013-2020). Estamos directamente comprometidos a velar por la Salud Planetaria, promoviendo la prevención de las enfermedades crónicas transmisibles, causante de más de 11.000 millones de muertes anuales, garantizado a su vez, la defensa del medio ambiente, con una agricultura sostenible, evitando la contaminación, disminución de la ingesta de productos cárnicos de carne roja y derivados, que deparan un aumento de los gases de tipo invernadero y favoreciendo la ingesta de pescados.

La incorporación del Aguacate a la Pirámide de la Dieta Mediterránea, no solo reconoce a un producto excelente para la salud, sino que amplía considerablemente la oferta de la misma.,

de preferencia en las latitudes que carecen del preciado Aceite de Oliva Virgen Extra (AOVE), dado a que es muy rico en Ac Oleico y Vitamina E, como poderoso antioxidante.

La Dieta Mediterránea se convierte en una auténtica filosofía de vida, en donde no solo se realiza una dieta y patrones alimenticios determinados, si no que se combina con la actividad física regular, en vistas a una vida saludable, mayor calidad de vida y aumento de la longevidad-

BIBLIOGRAFÍA

1. Marrodan MD. Transición Nutricional en España, durante la historia reciente. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*. 32, 55-64. 2012
2. Gil JH y cols. Socio-economic, food habits, and the prevalence of the child obesity in Spain. *Child Care Health*. - 2017.
3. Proyecto de Ley para la promoción de una vida saludable y una dieta equilibrada. 8 feb. 2018 - Orden de publicación de 5 de febrero de 2018. –BOJA. Junta de Andalucía. Hábitos saludables que permitan luchar contra-la-obesidad. Dieta-malsana
4. Martínez Gonzalez JM. Transferability of the Mediterranean diet to no Mediterranean countries. What is and what is not Mediterranean Diet. *Nutrients*- 2017, Nov 9. (1) 1226.
5. Berber M. The Mediterranean Diet. Health, science, and society. *Br. J. Nut.* 2015-apr 113
6. Soriguer. CV Congreso Mundial del Aguacate. Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Carlos Haya, en Málaga.”
7. Eduardo de Teresa, FESC, FACC. Catedrático de Cardiología, Universidad de Málaga. Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. Ex presidente de la Sociedad Española de Cardiología y de la Fundación Española del Corazón,

REFERENCIAS CARDIOLOGÍA

- 7-1.- Effect of individualizing starting doses of a statin according to baseline LDL-cholesterol levels on achieving cholesterol targets: the achieve cholesterol targets fast with atorvastatin stratified titration. (ACTFAST) study. Martineau P, Gaw A, de Teresa E, Farsang C, Gensini GF, Leiter LA, Langer A; ACTFAST-investigators. *Atherosclerosis*. 2007 Mar; 191(1):135-46.
- 7-2.- The American Heart Association’s Diet and Lifestyle Recommendations.
(<https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/nutrition-basics/aha-diet-and-lifestyle-recommendations>)
- 7-3.- 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart*

SÍNDROME DE LIMB BODY WALL PRESENTACIÓN DE CINCO CASOS

Autora: **Camejo Reyes, Ramon; **Soto Ravelo, Rodolfo; *Valdez, Elvin; *Villar Perez, Leidys; *Peña De La Paz, Luis

**Médico ayudante cirugía pediátrica. *Médico residente de cirugía pediátrica.

Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. Santo Domingo, República Dominicana

Palabras clave: malformación, gastroquisis

INTRODUCCIÓN

El síndrome Limb-Body Wall o Stalk (LBW), es un complejo de malformaciones de defectos de la pared toracoabdominal, tubo neural y de los miembros superiores o inferiores, con una prevalencia de 1:14,000 recién nacidos; descrito por primera vez en 1979. Etiología desconocida, aunque existe la teoría de la rotura de amnios antes de la obliteración de la cavidad celómica. Es la más grave e infrecuente de las anomalías de la pared abdominal. Este complejo malformativo se caracteriza por defectos de pared toracoabdominal amplios, falta de piel, músculo y peritóneo, la bolsa amniótica adherida a los bordes y evisceración de órganos internos al celoma extraembrionario. Se asocian defectos del tubo neural como anencefalia, encefalocele o mielomeningocele, asociados a hendiduras faciales de la línea media y defectos de los miembros, desde simples anomalías posturales o sindactilias, hasta ausencia completa de una extremidad. Pueden también asociarse malformaciones internas en el 95% de los casos, como anomalías urogenitales, ano imperforado y cifoescoliosis. El diagnóstico se puede realizar por ecografía prenatal o al nacimiento con el examen físico. El pronóstico es fatal, con una supervivencia escasa. Presentamos cinco casos estudiados en nuestro hospital, durante el año 2019.

Objetivos: reportar la incidencia de casos con síndrome LBW, presentados en el año 2019, realizar comparación de factores etiológicos, hallazgos ecográficos y características clínicas en los pacientes.

Materiales y métodos: se realiza recolección de datos de los casos diagnosticados con dicha patología, en el año 2019. El diagnóstico se realiza con evidencias clínicas al nacimiento (grafico num.1) y hallazgos sonográficos. Se analizaron las siguientes variables: antecedentes maternos, hábitos tóxicos, edad gestacional y alteraciones fetales. El estudio se realiza en un periodo comprendido entre enero a diciembre del 2019, donde se presentan cinco casos de pacientes con síndrome de LBW.

DESCRIPCIÓN DE CASOS:

CASO CLÍNICO 1: El 9 de enero del año 2019, nos llega vía emergencia paciente femenina de 15 años de edad, G1, con antecedentes gestacionales de infección vaginal durante el segundo trimestre no tratado, fumadora pasiva, chequeos perinatales hasta el quinto mes, no recibió vacunas, recibió suplementos vitamínicos a partir del segundo trimestre, hábitos tóxicos negados. Sonografía abdominal reportó embarazo de 24.1 semana, gastroquisis, discontinuidad de columna vertebral, no sonografía recientes. Se ingresa con diagnóstico de embarazo de 35.2 semanas, probable gastroquisis.

CASO CLÍNICO

Se recibe vía cesárea a recién nacida femenina, APGAR 1-1-0, peso 1770 gramos, con múltiples malformaciones congénitas, ausencia de hemitórax derecho y hemiabdomen derecho, miembros superior derecho, exteriorización de hígado, estómago, bazo, intestino y ápex cardíaco. Recién nacida hace parada cardiorrespiratoria, ocurriendo su deceso 30 minutos después con diagnóstico de síndrome de limb body stalk.

CASO CLÍNICO 2: El 24 de enero del año 2019 se ingresa femenina de 17 años, G1, antecedentes de consumidora de hooka, fumadora pasiva y consumo de alcohol durante el primer trimestre, infección vaginal en el segundo trimestre, tratada no remitida, quien conto con cinco chequeos extrainstitucionales, tomo suplementos vitamínicos a partir del segundo trimestre, conto con sus vacunas perinatales, sonografía perinatal que reporta defecto de gastrosquisis. Se ingresa con los diagnósticos de embarazo de 35.3semanas por ultrasonografía, Gastrosquisis, Rotura prematura de membrana.

Se recibe via cesárea paciente masculino, APGAR 1-0, con pabellón auricular de baja implantación, defecto completo de línea anterior, ectopia cordis, exposición de hígado, estómago, bazo, intestino, vejiga, marcada escoliosis y malformaciones en miembros superiores. Recién nacido hace parada cardiorrespiratoria, ocurriendo su deceso 10 minutos después con diagnóstico de síndrome de Limb body stalk.

CASO CLÍNICO 3: El 25 de enero del año 2019 se ingresa paciente femenina de 23 años, G1, quien presentó infecciones vaginales en el primer trimestre, no tratada. Cursó con 4 chequeos extrainstituciones, ingirió suplementos vitamínicos

a partir del tercer mes de gestación, con dos dosis de vacunas perinatales, con antecedentes personales negados. Llega a la emergencia con rotura prematura de membrana de más 24 horas. Una sonografía obstétrica que reporta gastrosquisis, tórax hipoplasico, probable alteración de la columna vertebral, probable polimalformado. Se ingresa con diagnóstico: Embarazo de 32 semanas, polimalformado, rotura prematura de membrana. Se recibe por vía cesárea, recién nacido masculino, APGAR 1-0, pabellón auricular de baja implantación, defecto completo de línea anterior, ectopia cordis, exposición de hígado, estómago, bazo, intestino, marcada escoliosis, ausencia de miembro superior izquierdo y malformación del miembro superior derecho. Recién nacido hace parada cardiorrespiratoria, ocurriendo su deceso 15 minutos después con diagnóstico de síndrome de Limb body stalk.

CASO CLÍNICO 4: El 18 de agosto del año 2019 se ingresa paciente femenina de 24 años, G1, quien presentó infecciones vías urinarias en el primer trimestre, tratadas. Curso con 2 chequeos extrainstituciones, ingirió suplementos vitamínicos a partir del primer trimestre de gestación, con dos dosis de vacunas perinatales, con antecedentes personales negados. Sonografía obstétrica que reporta embarazo gemelar de 22 semanas, feto A: sin alteraciones, feto B: p/b síndrome de Limb body Wall; Llega vía emergencia y se ingresa con diagnósticos de: Embarazo de 33 semanas por us, embarazo gemelar, feto 2 p/b síndrome Limb body Wall; Rotura prematura de membrana.

Se recibe por vía cesárea, recién nacido gemelar 1 femenina, 32 semanas, 1870 gramos, Apgar 5/6 con distress respiratorio moderada; ameritando oxígeno por canula binasal; se recibe gemelar 2



Caso no.1



Caso no.2



Caso no.3



Caso no.4



Caso no.5



Caso no.6

sexo indeterminado, apgar 1-0, 32 semanas, peso 1450 gramos, pabellón auricular de baja implantación, defecto de pared abdominal onfalocele roto con exposición de hígado, estómago, bazo, intestino, marcada escoliosis, extrofia vesical y teratoma. Recién nacido hace parada cardiorespiratoria, ocurriendo su deceso 3 minutos después con diagnóstico de síndrome de Limb body stalk.

CASO CLÍNICO 5: El 17 de septiembre del año 2019 se ingresa paciente femenina de 21 años, G1, quien presentó infecciones vaginales en el tercer trimestre, no tratada. Cursó con 7 chequeos extrainstituciones, ingirió suplementos vitamínicos a partir del tercer mes de gestación,

con una dosis de vacunas perinatales, con antecedentes personales negados. Varios reportes sonográficos que reporta gastrosquisis vs onfalocele. Se ingresa vía consulta con diagnóstico: Embarazo de 38.2 semanas, p/b onfalocele, p/b gastrosquisis.

Se recibe por vía cesárea, recién nacido masculino, 37 semanas, APGAR 2-2-1. Al examen físico fontanelas amplias, pabellón auricular de baja implantación, defecto abdominal tipo onfalocele medial, roto con exposición de hígado el cual presentó malformación, estómago, bazo, intestino, marcada escoliosis. Recién nacido hace parada cardiorrespiratoria, ocurriendo su deceso 30 minutos después con diagnóstico de síndrome de Limb body stalk.

CASO CLÍNICO

Género	Defecto toraco abdominal	Defecto tubo neural	Defecto vertebrales	Defecto miembros	Tiempo de vida
Femenino	Ausencia pared ventral derecha	No	Sí	Sí	30 min.
Masculino	Ausencia pared ventral izquierda	No	Sí	Sí	10 min.
Masculino	Ausencia ventral izquierda	No	Sí	Sí	15 min.
Indeterminado	Onfalocele gigante	Sí	Sí	No	3 min.
Masculino	Onfalocele pequeño	No	Sí	No	30 min.

Tabla núm. 1

RESULTADOS

Se concluye que todos los pacientes que presentaron dicha patología eran hijos de madres jóvenes menores de 25 años, primigestas. Solo una de ellas tomó suplementos vitamínicos durante el primer trimestre de embarazo, presentó infección vaginal y de vías urinarias en los tres trimestres, dos de los cinco casos estuvieron expuestas o consumieron sustancias ilícitas en el embarazo. Se obtienen los recién nacidos vía cesárea. Al examen físico todos los recién nacidos cumplían con al menos dos de los hallazgos requeridos para el diagnóstico del síndrome de LBW. Tres presentan ausencia de la pared ventral del abdomen, 1 presenta teratoma, todos presentan cifoscoliosis y solo tres presentan ausencias de algún miembro. Un caso presenta adherencia de placenta a la pared abdominal. Todos los recién nacidos fallecieron dentro los primeros 30 minutos de vida (tabla 1).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cannizarro, Claudia; Martinez, Marcelo: *Fetoneonatalogia quirurgica; volumen I, ediciones journal, capítulo 53; páginas 555-556. 2018.*
- Ramírez, JL; Vargas, MI; Gómez, D; *Ciruped. Vol. 5, no. 2. Síndrome de body stalk. 21 de octubre del 2015 fecha de aceptación. 17 de marzo del 2016.*
- Redondo-de Oro, Katherine; Redondo-Bermúdez César, *Revista ciencias biomédicas resumen. Anomalía del tallo corporal fetal body stalk anomaly, agosto - 23 - 2013. Aceptado para publicación: mayo - 15 - 2014.*

“LA DIGNIDAD COMO DERECHO FUNDAMENTAL Y GARANTIA DE LAS PERSONAS EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN REPÚBLICA DOMINICANA”.

Autora: Dra. Daphne Arbaje

MA. Bioética, Especialista en Seguridad Social, Gestión Pública de Hospitales, Dirección de Proyectos Sociales, Ética de la Administración Pública

“Entre el fuerte y el débil, entre el rico y el pobre, es la libertad la que oprime y la ley la que libera”, esta frase de Jean-Baptiste Lacordaire (1802-1861), junto a nuestro compromiso vital fueron la fuente inspiradora, para el tema de finalización de estudio en la maestría de bioética que presentamos hace 5 años y fundamenta este artículo. Hoy, a propósito de la pandemia COVID 19, y el desarrollo de los experimentos e investigaciones que se llevan a cabo en nuestro país, el tema recobra capital interés.

DOS CONCEPTOS PRINCIPALES

Dignidad Humana: Valor o atributo que constituyen al ser humano como un individuo dotado de una especial grandeza y nobleza que hacen de él un ser honorable y respetable en sí y por sí mismo. Su carácter inviolable, es el límite de la acción y la frontera de las técnicas aplicables a la vida humana.

Derechos fundamentales: Son todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos, en cuanto a su status de personas o ciudadanos, con capacidad de obrar. Son todos aquellos derechos que tiene la persona por el simple hecho de serlo. Son, supraestatales a los que los estados están vinculados y subordinados en el plano del derecho internacional.

LA DIGNIDAD HUMANA Y LA VISIÓN BIOÉTICA

En las diferentes fases históricas se ha reconocido que el ser humano posee un valor como cimiento moral en las diversas concepciones antropológicas, teniendo todas como elemento común, la significación del hombre, del ser humano, como

fundamento de la estructura y del contenido de la moralidad, dando lugar al concepto que vincula dignidad y persona.

La dignidad humana es consagrada en las normativas de los estados democráticos como parte esencial e imprescindible, de los derechos fundamentales que, a su vez, deben ser garantizados por los mismos en favor y provecho de todos los seres humanos. La Constitución tal y como advirtió Karl Loewenstein, desde una perspectiva ontológica, para ser verdadera, además de contener las normas sobre los poderes supremos y garantías esenciales, debe encarnar los más profundos valores de la democracia y la realidad del grupo de gobernados a la cual se impondrá. Muchos especialistas, así como importantes Tribunales Constitucionales refieren que se deben asumir incluso los enunciados de los preámbulos constitucionales como norma jurídica, y su contenido como base de comprensión del resto del ordenamiento constitucional. En la Constitución de la República Dominicana aprobada el 26 de enero del año 2010, se encuentra la dignidad humana como primer valor que consagra desde su preámbulo, así como elemento fundamental del ordenamiento jurídico para la formulación de principios y valores esenciales.

Lo anterior se encuentra descrito en su Art. 38, cuando refiere sobre la Dignidad Humana que: “El Estado se fundamenta en el respeto a la dignidad de la persona y se organiza para la protección efectiva de los derechos fundamentales que le son inherentes. La dignidad del ser humano es sagrada, innata e inviolable; su respeto y protección constituye una responsabilidad esencial de los poderes públicos”.

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Es por lo antes expresado que, realizar una evaluación bioética del respeto a la dignidad humana de los participantes en investigaciones clínicas a la luz de los derechos fundamentales y sus garantías resulta de gran interés; tomando como marco nuestras normas jurídicas, encabezada por nuestra Carta Magna, cuyo valor normativo supremo hace que las demás normas deban sujetarse a ellas y convirtiéndose en nulas todas las que le sean contrarias.

El término dignidad es un elemento imprescindible en cualquier reflexión centrada en el ser humano, que se lleve a cabo desde el mundo de la moral y del derecho. Se ha consagrado la dignidad humana como uno de los conceptos básicos del bioderecho, reconociendo la ética como instancia crítica y ajustada del derecho, y el derecho a su vez, como expresión positiva y práctica de la ética complementariamente, de gran utilidad ante los nuevos avances de la ciencia, la investigación y experimentación clínica como recurso indispensable para esta.

El desarrollo de un país está íntimamente ligado al desarrollo de las políticas públicas que han de ser diseñadas e implantadas para que repercutan en el bienestar de la población. Por tanto, constituye un objetivo legítimo de las políticas públicas de salud, velar por el cumplimiento, al menos de los estándares bioéticos internacionales en las investigaciones médicas que se desarrollen en República Dominicana. Esto lo ha proclamado la propia Constitución de la República del año 2010, así como los acuerdos internacionales debidamente suscritos y aprobados por los poderes públicos.

Por lo anterior entendemos que se precisa del reforzamiento de la normativa jurídica vigente, fundamentada en conceptos y bases, tales como; a) la preservación de la dignidad humana y la vida, que son bienes supremos estrechamente vinculados a los valores morales. b) Que el ejercicio de la medicina debe ser cónsono con el apego irrestricto y promoción de los principios bioéticos universales. c) Que corresponde al Estado velar por la protección de la salud e integridad de todas

las personas en su territorio. d) Que la integridad del ser humano y su conducta dentro de la vida social deben tener como base el ejercicio de la libertad en un ambiente de estrecha vigilancia de la justicia. De la mano de este reforzamiento de la normativa, es necesario tener en cuenta la formación y competencia del capital humano nacional de alto nivel que pueda garantizar la aplicación correcta de dichas normativas.

El reforzamiento normativo propuesto tiene como una de sus finalidades esenciales, cuidar el campo de la investigación con esmero. Es necesario hacerlo, a propósito de las atrocidades históricas cometidas en nombre de la investigación discrecional y deshumanizada, y a sabiendas de la creciente relación que ésta suele tener con la industria farmacéutica y los intereses del mercado. Así lo advierte el maestro Diego Gracia, que promueve una “investigación clínica regulada y la nueva ética de la responsabilidad en la experimentación con seres humanos”.

Tener presente también, que las normativas y controles en los países de mayor desarrollo son cada vez más exigentes. Pudiéndose constatar las tendencias a realizar un número creciente de esas investigaciones (fase III, IV) en países en desarrollo, que se caracterizan usualmente por la debilidad de sus instituciones públicas y la fragilidad en la aplicación de sus normas y regulaciones. A propósito de las atrocidades históricas cometidas en nombre de la investigación discrecional y deshumanizada, y a sabiendas de la creciente relación que ésta suele tener con la industria farmacéutica y los intereses del mercado.

No obstante, reconociendo lo significativo que es para el desarrollo y bienestar de las sociedades la investigación clínica, y todo a lo que ella puede conllevar, la libertad del científico para la realización de las mismas, no es, ni debe ser absoluta, sino que debe desarrollarse dentro de valores éticos y sociales reconocidos.

El ser humano que participa como paciente, en toda investigación clínica debe de ser siempre considerado como un fin en sí mismo, como nos refiere el imperativo categórico kantiano,

REFLEXIONES BIOÉTICAS

respetando su dignidad, autodeterminación y bienestar. Nunca debe ser utilizado como un medio. En la actualidad, las normas éticas son la principal herramienta con la que contamos para regular el desarrollo científico de forma transparente y respetuosa de los derechos humanos, que nunca deben quedar sujetos a los movimientos del mercado

El ordenamiento jurídico debe responder entonces, en abierto dialogo, no solo a que se cree un marco legal y regulatorio en el cual las investigaciones pueden ser llevadas a cabo éticamente, sino también a que se busque la garantía, en base a nuestros fundamentos constitucionales y jurídico, al respeto a la dignidad humana de los participantes en las investigaciones clínicas que se realicen en el país.

IMPORTANCIA DEL MARCO REGULATORIO

Entonces, la regulación bioética de la investigación clínica, en seres humanos, resulta imperativa a la vez que implica, y demuestra un compromiso de las autoridades responsables del bienestar de la población. Esto como forma de concretizar y desarrollar el mandato constitucional e internacional que existe, ya, que de otra forma solo existirán recomendaciones éticas, sin una base de apoyo real y consistente, para cumplimiento obligatorio en la práctica de las investigaciones clínicas en humanos.

La ausencia de marco regulatorio eficaz en nuestro país, para la realización de toda investigación clínica se convierte en uno de los aspectos más vulnerables que atentan contra el principio y derecho fundamental de respeto a la dignidad humana, corriendo el peligro de ser colonizados por la ciencia, la técnica y la tecnología al servicio del mercado, condición esta que compartimos con muchos países de Latinoamérica.

Por otra parte, en torno a las demás normativas e instituciones que abordan el tema, desde el punto de vista regulatorio, pudimos percatarnos en nuestra investigación que aquellas que se encuentran vigentes, como la Ley General de Salud, y los reglamentos operativos de

Dirección Nacional de Investigación en Salud (DINISA), y el Consejo Nacional de Bioética en Salud (CONABIOS), ambas funcionando desde el Ministerio, han creado un marco institucional, insuficiente, endeble, disperso, en algunos aspectos confusos y en otros contradictorios o incoherentes.

Igualmente, en torno a la capacitación y preparación de los investigadores clínicos que incentiva y promueve la Ley 139-01 que crea el Sistema Nacional de Educación Superior Ciencia y Tecnología, debemos recordar que, si bien el investigador nacional o extranjero tiene derecho a efectuar investigaciones científicas, su libertad en modo alguno tiene carácter incondicional: está limitada esencialmente por el deber que tiene el estado de velar por la dignidad y el respeto a los derechos fundamentales de las personas.

Debido a las debilidades del sistema regulatorio dominicano en el área de investigación clínica en cuanto a su dispersión y ausencia de normativa quedan muy vulnerables los derechos de las personas participantes, pues, muchas veces se hace abuso del principio jurídico de que lo que la ley no prohíbe está permitido, en consecuencia se hace más trascendental aún, contar con una ley especial que prohíba excesos y abusos que se comenten durante estas investigaciones y que vulneran la dignidad humana al tiempo que regule los procedimientos, parámetros y formas en como verdaderamente tienen que realizarse estas investigaciones.

Al establecerse el derecho cuasi absoluto de que a nadie puede “impedírsele lo que la ley no prohíbe” se hace más que necesario que el Estado Dominicano, en una materia tan importante y sensible como las investigaciones clínicas, para garantizar un trato digno a la persona, se establezcan protecciones claras y precisas, a través de una ley especial en favor de los sujetos participes de las investigaciones clínicas.

De forma que es una obligación de los Estados regular en todas las materias sensibles en las cuales pudieran verse afectados los derechos humanos

REFLEXIONES BIOÉTICAS

de su población, no solo en la averiguación y penalización posterior a la comisión de faltas contraria a los principios bioéticos, sino que también puedan ayudar a prevenir que ocurran dichas violaciones.

República Dominicana como país en desarrollo con aumento creciente en los desafíos ético-jurídico que plantean las investigaciones clínicas, tanto en el ámbito de la protección de los Derechos fundamentales, como en lo referente a los órganos de control y fiscalización, precisa de una ley especial que proteja los derechos fundamentales de la población que participa en las investigaciones clínicas, donde quede establecido eficazmente un sistema institucional de evaluación, fiscalización y que al mismo tiempo sea disuasivo de comportamientos que violenten la dignidad humana, al tiempo que preserve y promuevan los estándares éticos científicos internacionales en la investigación clínica.

RECOMENDACIONES FINALES

Se precisa de esta ley especial para la realización de investigación clínica, con base jurídica y fundamentada en los derechos humanos como mínimo ético irrenunciable, dicha ley tiene por fundamento el mandato de reserva legal dispuesto en la Constitución, en el Art.42-3 que, justificada por la trascendencia en la protección efectiva de los derechos fundamentales, función que corresponde al congreso. Por lo tanto, la tutela de los derechos fundamentales de los grupos participantes en las investigaciones clínicas, no deben quedar sólo sujeta a la ética, sino regulado también por ley formal y material, donde prevalezca la dignidad como un valor único e incondicional de toda persona.

Dicha ley especial, ha de garantizar la protección a la dignidad y el debido respeto a las personas que participen en la investigación o experimentos clínicos, en especial a los grupos más vulnerables de nuestra sociedad, al tiempo que se contemple la responsabilidad de los

investigadores y se tipifiquen las infracciones, con el correspondiente sistema de consecuencias, ante el no cumplimiento de la misma.

En conclusión, en República Dominicana se hace imprescindible construir un horizonte jurídico, que examine y regule los términos de las investigaciones clínicas, para garantizar eficazmente la protección al sujeto que participe en ella y su dignidad, aun habiendo otorgado su consentimiento informado. Se hace necesario y pertinente que las normativas e instituciones que abordan el tema de la Bioética en las Investigaciones Clínicas, tales como la Ley General de Salud, Código Penal y los reglamentos de los organismos reguladores, sean concentradas en un solo instrumento legal, tal como una ley especial para las investigaciones biomédicas, como en otras jurisdicciones comparadas, que establezca sanciones de tipo penal acordes a la gravedad de los hechos cometidos, garantizando así que tanto las normas bioéticas previstas como su aplicación efectiva, sean tuteladas y reguladas efectiva y eficazmente desde el Estado.

REFERENCIAS

Análisis Resultado Mariana Blengio Valdes (2008) *EL DERECHO DE LA BIOÉTICA a 60 años de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos*. Disponible en <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Blengio22-5-08.pdf>

Andrés, P. y otros. *Derecho y Razón, Teoría del garantismo penal*, trad. De, Trotta, Madrid, 2000,
Beauchamp, T. & Childress, J.; *Principios de ética biomédica*; Madrid. 1999.

Breena Sesma, Ingrid. *La perspectiva Latinoamericana en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. Universidad Autónoma de México,
Bilbeny Nolbert. *Ética*. Ariel. Barcelona. 2012.

Blázquez Ruiz, Francisco Javier. *10 palabras claves nueva genética*. Verbo Divino. Navarra. 2006.

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Camps, Victoria. *Historia de la ética, 2. La ética contemporánea*. Tercera edición, Editorial Crítica, 2010

Camps, Victoria. *Historia de la ética, 3. La ética contemporánea*. Tercera edición, Editorial Crítica 2010.

Canario J; *Regulación de la investigación biomédica en República Dominicana*; Bol CENISMI.208.18 P. (3:33-35) Cátedra Universitaria Fundación BBUVA. La ética y el derecho ante la biomedicina del futuro. Universidad de Deusto. Bilbao. 2006.

Código Penal de la República Dominicana, diciembre de 2014.

Comisión IDH, *Informe sobre Terrorismo y Derechos Humanos, 2002*, párr. 155.

Constitución de la República Dominicana 2010.

Constitución Comentada, 2da Edición. Fijus. Santo Domingo.2010.

Comisión IDH, *Informe sobre Terrorismo y Derechos Humanos, 2002*, párr. 155.

Corte IDH. *Caso Instituto de Reeduación del Menor Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112*, párr. 158; Corte IDH. *Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri, supra nota 3*, párr. 129; Corte IDH. *Caso 19 Comerciantes Vs. Colombia*.

Corte IDH. *Opinión Consultiva 18/03 del 17 de septiembre de 2003*

Cortina Adela. *Ética aplicada y democracia radical*. Tecnos. Madrid. 2008.

De Lora Pablo, Gascón Mariana. *Bioética, principios, desafíos, debates*. Alianza Editorial. Madrid. 2008.

Declaración Universal sobre Genoma y Derechos Humanos Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1997.

Declaración Universal sobre Bioética y Recursos Humanos. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Adoptada el 19 de octubre de 2005.

Disposición No. 0000012 del 10 de octubre de 2010 emitida por la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social)

Disposición No. 0000013 del 11 de septiembre de 2009 emitida por la Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (actual Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

Fondo, *Reparaciones y Costas. Sentencia de 5 de julio de 2004. Serie C No. 109*, párr. 153; Corte IDH. *Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101*, párr. 153.

Ferrer Jorge José y Martínez Julio Luis. *Bioética un dialogo plural*. Universidad Pontificia de Comillas. Madrid. 2002.

García Morente, Manuel. *La filosofía de Kant*. Espasa-Calpe. Madrid. 1965.

García Ramírez, Sergio *Bioética y Protección de los Derechos Humanos ante la Jurisdicción Interamericana*. Universidad Autónoma de México UNAM.

Gómez-Heras, Jose M., Velayos Castelo, Carmen. *Bioética perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Editorial Tecnos, Madrid 2005.

González Moran, Luis. *De la Bioética al Bioderecho Libertad, vida y muerte*. Universidad Pontificia Comillas. Dykinson S.L. Madrid. 2006.

González. *Genoma humano y dignidad humana*. *Anthropos – Facultad de Filosofía y Letras de (2005) la UNAM*. Barcelona, p. 57

Gracia Diego. *Profesión Médica Investigación y Justicia Sanitaria*. Búho. Bogotá DC. 1998.

Gracia Diego. *Fundamentos de Bioética*. Triacastela. Madrid 2007.

Horta, Edwin de J., Rodríguez Gallon, Victor. *Ética*. Ediciones Universidad Católica de Colombia (ECO). Bogotá, Colombia 2008.

Kant Y. *Crítica de la razón pura*, trad. De M. Caimi. Colihue. Buenos Aires. 2007

Kant Y. *Fundamentación de la Metafísica de las costumbres*. Trad. Por José Mar Domingo. Ariel. Barcelona. 1999.

Leon Sanz, Pilar. *La implantación de los derechos del paciente*. Ediciones Universidad de Navarra, S.A. 2004. España.

Ley General de Salud No. 42-01 del 7 de febrero del año 2001.

Lolas, F & Quezada, A. *Pautas Éticas de Investigación en sujetos humanos nuevas perspectivas*. Serie Publicaciones Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Chile. 2003.

Lolas, F, Quezada, A. y Rodríguez E. *Investigación en Salud Dimensión Ética*. CIEB, Universidad de Chile. Chile. 2006.

Lolas, F & Quezada, A. *Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nueva perspectiva*. Serie Publicaciones Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Chile. 2003.

Lovato, A, *Dignidad y aventura humana*, San Esteban-Edibesa, Salamanca 1997.

Llano Escobar, Alfonso. *Que es Bioética?*. Editores LTDA. 2001. Colombia

Morelli, Mariano. *El concepto del Bioderecho y los Derechos Humanos. Vida y Ética*. Año 11, No. 1, 2010,

Páez Ricardo. *Los Derechos Humanos y la Bioética: Una Perspectiva desde Latinoamérica*. Seminario de Ética y Bioética, Universidad Autónoma de México (UNAM)

Rubio, M., *Persona y quehacer ético, Moralía, vol.2 n°8*, 1980,

Reglamento para Solicitud de Evaluación de un Proyecto de una Investigación Clínica. Consejo Nacional de Bioética en Salud. Disponible en: <http://conabios.gob.do/reglamento/2-protocolos/29-reglamento-para-solicitud-de-evaluacion-de-un-proyecto-de-investigacion-clinica>

Torralla R. Francese. *¿Qué es la dignidad humana?* Herder. Barcelona. 2005.

Victoria Camps ed. Amorós Celia, Bello Gabriel, Bonete Enrique ... *Historia de la Ética 3. La ética contemporánea*. Crítica, S.L. Barcelona. 2008.

Vidal, Marciano. *Bioética Estudio de Bioética racional*. Tecnos. Madrid. 1998.

El Instituto Profesional

Autor:

Dr. Herbert Stern

Maestro de la Medicina Dominicana

En la década del 1880, Monseñor Fernando A. De Meriño, creó el Instituto profesional, como continuación a la universidad, conocida como seminario conciliar, que había cerrado durante la ocupación militar haitiana. La idea era formar profesionales en cuatro facultades, que según la Ley general de estudios de 1902 eran: Derecho civil, Medicina y cirugía, Farmacia y matemáticas y Cirugía dental. Pocas modificaciones se incluyeron en esa ley, que sustituyó a la de 1884. Las materias impartidas en el primer curso eran: física médica y biológica, química médica, biología e historia natural médica. En el segundo curso se impartían anatomía, disección, fisiología e histología. El tercer curso comprendía patología general, patología interna, patología externa, medicina operatoria y partos. Materia médica, farmacología, terapéutica, higiene y medicina legal formaban lo impartido en el cuarto curso. El quinto y último curso tenía clínica médica, clínica quirúrgica, clínica obstétrica y anatomía patológica. La ley general de estudios establecía que a partir del segundo año era obligatorio asistir al Hospital Militar o a la clínica privada de algún facultativo. También en el artículo 107 de la referida ley, se establecía que, para presentar el examen del cuarto curso, debían haberse practicado por lo menos tres partos.

En el 1904, durante la presidencia de Morales Languasco, relata el doctor Moscoso Puello, el Instituto profesional fue trasladado a un edificio de dos plantas, en la calle Arzobispo Meriño, cerca del palacio Arzobispal. Anteriormente se encontraba junto al convento de Regina, en el lugar que había estado el Seminario conciliar. En diciembre del 1905 fue nombrado catedrático del Instituto el doctor Octavio del Pozo, quien

era en ese momento director del Hospital Militar. El doctor Del Pozo, fue el impulsor de las prácticas médicas organizadas y supervisadas en el Hospital, lo que mejoró sensiblemente la formación de los profesionales en medicina. Para el 1906, el Instituto se encontraba en pésimas condiciones, de acuerdo a lo escrito por Luis Aleamar, debido al abandono de las edificaciones y la falta de materiales. Un problema serio era el poco pago a los catedráticos. Para verlo en perspectiva, un guardia rural de la época ganaba 45 pesos mensuales, mientras que un catedrático ganaba 32 pesos mensuales. Parece que la falta de incentivos a los profesores y catedráticos ha sido una triste constante en nuestra historia. En el 1907, durante la rectoría interina del doctor Ramón Báez, se trasladó de nuevo el Instituto a un local en la calle Isabel la Católica, frente a la Plazuela de los curas.

Con la instauración del hospital Padre Billini, también se hacían prácticas allí, con profesores como Salvador B. Gautier. Los profesores más destacados de esos años, fueron los doctores Defilló, Alardo y del Pozo. Muchos estudiantes eran alumnos libres, esto es, no tenían que acudir presencialmente a clases, y se presentaban a someterse a los exámenes en cada curso. De hecho, en el 1912, y de acuerdo a la ley 5111, el estado dominicano se comprometía a sufragar los gastos de los estudiantes pobres de cualquier parte del país, que acudieran al Instituto Profesional, en Santo Domingo o Santiago. De todos modos, el número de estudiantes era muy limitado, siendo el curso más concurrido de 10 estudiantes. El Instituto tenía pocos libros y materiales, pero los profesionales que se graduaron del Instituto Profesional en aquellos

años fueron hombres de bien, inspirados en las enseñanzas de Hostos, formados en el colegio San Luis Gonzaga o la Escuela Normal, mantenían un espíritu de entusiasmo, romanticismo y devoción, y fueron los responsables de que el público creyera y siguiera con firmeza a los médicos dominicanos, y no buscara solamente a los extranjeros que nos visitaban en aquella época.

Desde los inicios del Instituto Profesional en Santo Domingo, se hacía muy difícil para los estudiantes del Cibao trasladarse, ya que tenían que ir hasta Puerto Plata y ahí tomar un bergantín hasta Santo Domingo. La carretera Duarte, fue inaugurada en 1922, durante el período de ocupación militar norteamericano. Desde el 1905, el entonces presidente de la Sociedad Amantes de la Luz, en Santiago, el licenciado Juan Lora, había motivado la necesidad de crear un Instituto en esa ciudad. Se querían ofrecer estudios de educación superior en esa importante zona del país. Hacia 1908, un grupo de personas, aportaron fondos para que ofreciera cátedras el señor Augusto Franco Bidó. El mismo señor Franco Bidó, nombrado dos años después, que el gobierno central destinara fondos para dotar a Santiago de algunas cátedras en forma libre, para todos los interesados. El señor Franco Bidó fue Ministro de Instrucción Pública, y sin lugar a dudas una de las figuras más prestantes de Santiago. En el 1912, el Presidente Eladio Victoria, autorizó la creación del Instituto en Santiago, al tiempo que se formaba una junta Pro-instituto. El ayuntamiento de Santiago se comprometió a cubrir los gastos necesarios, y muchos profesionales de Santiago se ofrecieron a impartir clases de forma gratuita.

En diciembre del 1915, la Ley 5442, autorizó finalmente la apertura del Instituto Profesional de Santiago en enero del 1916. El congreso Nacional ratificó todo lo concerniente al Instituto, resaltando que se ajustaba al Código de Educación. El 27 de diciembre del 1915, el

gobierno nombró profesores del Instituto en la Facultad de Medicina a los doctores Emilio Ginebra, Darío Contreras, Gerardo Ellis y Buenaventura Báez. El 9 de enero del 1916 el Instituto abrió sus puertas, con las facultades de Derecho, Medicina, Matemáticas, Farmacia y las escuelas de Odontología y Notariado. La junta directiva del Instituto la formaron los doctores Genaro Pérez, Buenaventura Báez y Emilio Ginebra. Como secretario fungía el licenciado Pericles Franco. En la facultad de Medicina se escogió al doctor Buenaventura Báez como Decano y se integró como profesor además de los antes mencionados al doctor Ramón de Lara. En la Facultad de Farmacia, fue nombrado Decano, el licenciado Pedro Rodríguez. Los estudiantes inscritos en la Facultad de Medicina del Instituto Profesional de Santiago fueron: José A. Castellanos, Virgilio de los Santos, Ramón Genao, Sergio Hernández, Manuel N. Hernández, Ercilia Pepín, Fernando Pizano, Ramón Quezada y Blas Reinoso. Para el 1944, en el Directorio elaborado con motivo del Congreso Médico del Centenario, sólo aparecen en ejercicio los doctores Pizano y Reinoso.

El doctor Pizano, inició sus estudios en el Instituto Profesional de Santiago en el 1917, pero finalizó sus estudios, con el grado de licenciado en Medicina y cirugía, en la Universidad de Santo Domingo en diciembre de 1923. Debemos recordar que, en el 1914, se reabrió la Universidad de Santo Domingo, con los profesores del Instituto Profesional de Santo Domingo, y que ya, hacia el 1918, el Instituto Profesional de Santiago fue incorporado a la Universidad. El doctor Pizano realizó estudios de postgrado en ginecología en la prestigiosa universidad Johns Hopkins de Baltimore, Estados Unidos. Fue además consúl dominicano en esa ciudad. En cuanto al doctor Reinoso, recibió su título de Licenciado en Medicina y cirugía en noviembre del 1924. El doctor Reinoso, fue director de la Casa de Maternidad, del programa “gota de leche”, del Hospital de niños y de la Casa

SECCIÓN HISTÓRICA

de Socorro de la ciudad de Santiago. Para el 1944, ejercía privadamente la profesión en su consultorio de la calle Duarte esquina Beler en Santiago.

Como hemos resaltado, al inicio del siglo XX, se impulsó desde el Instituto Profesional la preparación de médicos. En espacio de 15 años, el instituto graduó a cincuenta médicos, entre los cuales se encontraban algunos de los más prominentes médicos del primer tercio del siglo XX, y que, como señalábamos en un escrito anterior, inspiraron de una vez y por todas, confianza en los profesionales de la salud dominicanos. Pese a ello, durante los primeros 25 años del siglo XX, acudieron a nuestro país mas de cuarenta médicos extranjeros, que ayudaron a que el número de médicos en el país aumentara a cifras aceptables. En el 1900 se graduaron como Licenciados en Medicina y cirugía José Ramón Luna, Luis Betances, Carlos Urraca, Celio Struch, Francisco Lizardo y Emilio Tió.

José Ramón Luna, fue practicante del cuerpo médico del Ejército Español durante la época de la anexión y permaneció en el país luego de la restauración. Luis M. Betances, es, sin lugar a dudas, una de las figuras más sobresalientes de la historia de nuestra medicina. Primer dominicano en ingresar al Instituto Pasteur de París, y uno de los primeros médicos del mundo en tratar temas de hematología. El doctor Struch, ejerció de forma muy exitosa en la zona este del país, en San José de los Llanos y en la Romana. De Darío Contreras, ya hemos escrito anteriormente y destacado sus grandes aportes a la cirugía y medicina dominicanas. Los doctores Lizardo y Tió, recibieron títulos gratuitos, en virtud del artículo 31 de la ley del Juro Médico, el doctor Lizardo ejerció muy poco, mientras que el doctor Tió, fue director del Hospital San Antonio en

San Pedro de Macorís. En el 1901 se graduaron del Instituto profesional, Otilio Meléndez, Juan Arzuaga y José María Román. El doctor Otilio Meléndez, fue el primer jefe del cuerpo médico del ejército nacional. Ejerció en la común de Guerra y luego se estableció en Santo Domingo en el sector de Santa Bárbara. Poco sabemos del doctor Arzuaga. Sobre el doctor Román, hemos escrito un artículo en esta misma sección, en donde se destacaba que fue uno de los más importantes obstetras de la primera mitad del siglo XX en nuestro país. No hubo graduación de médicos ni en el 1902, ni 1903, y en el 1904 se graduaron el doctor José Dolores Alfonseca y el doctor Luis Aybar Jiménez. El doctor Alfonseca, ejerció en Moca, y luego se trasladó a Puerto Rico en donde falleció en el 1943. Sobre el doctor Aybar, hemos escrito, y es una de las grandes glorias de la cirugía dominicana, con una gran labor en el Hospital San Antonio en San Pedro de Macorís y luego en la ciudad de Santo Domingo.

En el 1905 recibieron sus títulos Teófilo Hernández, Alejandro Cabral, Carlos Zafra, Miguel Morín y Ramón Rosas. El doctor Hernández, tuvo una gran y destacada labor profesional en La Romana, y Alejandro Cabral, ejerció con gran éxito en San Juan de la Maguana, en donde fundó la clínica "Santa Teresita". Fue además una figura importante en el ámbito político y social de esa región del Sur del país. El doctor Carlos Zafra, se había graduado en el 1887 como Licenciado en Medicina y cirugía, pero escribió a las autoridades reportando la pérdida de su diploma, por lo que se le otorgó un nuevo título en el 1905. El doctor Zafra ejerció en Puerto Plata por más de 60 años, y de hecho se le dio un reconocimiento en el Congreso Médico del Centenario como el Médico de mayor tiempo de ejercicio en el país.

LA MENTE HUMANA

Autor:

Dr. Luis Ortiz Hadad

Pasado Presidente ADM

“Cogito ergo sum” (Pienso, luego existo) – René Descartes (1596-1650)

No conocemos la realidad, sino el reflejo de la realidad que está en nuestra mente (Racionalismo). Obviamente para la Ciencia lo importante es lo tangible, los conocimientos que podamos comprobar, modificar, repetir, prever, utilizar. Pero a los médicos, lejos de hacernos daño estos ejercicios mentales filosóficos, activan nuestra conciencia, en momentos en que estamos llamados a expandir nuestros horizontes.

Puedo dudar de todo lo que conozca y hasta creer que todo lo que creo que existe, es una ilusión. Pero si reconozco que estoy dudando, sé que al menos existo como un ser pensante. Esta “duda metódica” de Descartes, nos recuerda que en nuestra formación como médicos, se nos enseña a dudar hasta realizar la correcta comprobación (“medicina basada en evidencias”). El Hombre descubrió que su mente ocultaba verdaderos misterios. Eventualmente sus propias conductas le resultaban incomprensibles, ideas de las que desconocía su origen y percepciones que no lograba vincular a sus sentidos. Dentro de este contexto histórico, surgen los psicoanalistas con el médico neurólogo Sigmund Freud (1856-1939) a la cabeza. Éstos determinaron que había realidades que escapaban a nuestra conciencia, sin embargo, determinaban sensaciones, sentimientos, actitudes, conductas y enfermedades tanto físicas como mentales.

Freud impresionado con los trabajos de hipnosis del neurólogo francés Jean-Martin Charcot, elaboró unos constructos para explicar nuestra mente. Así tenemos: consciente, inconsciente y preconsciente. Evidentemente la mente consciente es la que utilizamos en cada decisión que

tomamos, así sea dirigir los ojos a estas líneas, como captar la información contenida. Recordar la metáfora del iceberg de Freud. Este revolucionario aporte, es hoy del dominio público.

Tenemos un inconsciente, que pese a no ser posible verlo o medirlo, reconocemos su existencia. Pero podemos aproximarnosle racionalmente, con un enfoque fenomenológico, por sus manifestaciones. Esto lo vemos en la psicología conductual y las neurociencias, que estudian las manifestaciones objetivas de nuestras realidades subjetivas.

Nuestra mente consciente, nos relaciona directamente con el Medio Ambiente. Si al regresar a tu casa, percibes que el perro de tu vecino te ataca, al descodificar esa información en tus centros visuales y auditivos, lo pasarás a tu sistema límbico o emocional, disparando determinados neurotransmisores que activarán tus órganos vinculados a la fuga o la lucha. El sistema nervioso simpático tomaría el control en esa emergencia, impregnando tu cuerpo de adrenalina. Al apartarte del peligro, en tu sistema neurovegetativo, se produce un “diálogo”, permitiendo que el parasimpático, tome el control y prosiga con funciones internas de “mantenimiento”, normalmente inconscientes.

Tu inconsciente maneja de forma racional todo tu organismo, especialmente las funciones vitales. Aunque te permite tomar el control para diversas actividades de tu existencia. Pero cuando nota que eres incompetente para mantener las prioridades, afortunadamente suele tomar el control (así sea creando una enfermedad). Si pudieras comunicarte de manera efectiva con

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

tu inconsciente, la mayoría de los medicamentos que tomas a diario, serían innecesarios.

Constantemente, recibes millones de estímulos diferentes, pero tienes filtros como tu sistema reticular activador ascendente (SRAA) y núcleos corticales, que clasifican esa información y la manejan según prioridades. Porque de estos estímulos, tu conciencia habitualmente puede manejar alrededor de siete a la vez. Puedes registrar más información de la que estás consciente. Que podría ser recuperable en algunos estados alterados de conciencia. De igual forma, tenemos un número muy limitado de tareas en la que podemos ocupar nuestra mente consciente, pero la inconsciente normalmente está manejando todas nuestras funciones vitales. Y lo hace de forma efectiva, incluso cuando duermes.

Cada célula de nuestro organismo tiene una especie de “mente”, que le permite realizar sus funciones. Pero se mantiene en contacto con el resto del organismo, para aportar lo que esté dentro de sus capacidades y para solicitar lo que pudiera necesitar. Ocasionalmente un grupo de células se rebela y decide no realizar sus funciones “como se acordó” (como en el Cáncer o el Lupus).

El cerebro es el órgano integrador por excelencia. La central desde donde se coordinan todas las actividades en organismos multicelulares complejos. Por ejemplo, las medusas tienen nervios pero no cerebros.

En pacientes con órganos trasplantados, se ha reportado la transferencia de aspectos de la personalidad del donante, incluso aunque no conozcan a sus donantes.

El impacto que produce en nosotros el mundo exterior debe ser procesado por nuestro mundo interior. Las horas que dedicamos a dormir no son una pérdida de tiempo. De hecho, se ha señalado las horas de sueño, como necesarias para que se produzca el aprendizaje.

Nos mantenemos extrovertidos, porque la vida actual está repleta de distractores que con su

“ruido” nos obligan a estar volcados hacia afuera y a olvidarnos de nosotros mismos. Estamos acostumbrados a: nuestros oficios, teléfonos, radios, televisores, internet, redes sociales, actividades sociales 24-7. En fin, a los ruidos de la civilización.

Tenemos la capacidad de concentrar o ampliar nuestra conciencia. Las dos actividades son de vital importancia. Concentrarnos es necesario, tanto para escuchar a un paciente en la consulta, como para tomar una decisión crucial durante una cirugía. Pero sin la capacidad de ampliar nuestra visión, la Medicina jamás habría podido avanzar, ni estaríamos capacitados a tomar decisiones en retos nuevos. Tal vez, esta última es la mayor ventaja funcional que todavía tenemos frente a la Inteligencia Artificial, además de nuestra capacidad de decidir, de acuerdo con nuestros sentimientos y emociones.

Somos energía que se manifiesta de forma material en nuestro planeta, mediante un cuerpo humano. Desarrollado con las especificaciones de la mitad del código genético de nuestro padre y la mitad de nuestra madre. A lo largo de nuestras vidas, esa energía se ocupará de integrar y eliminar elementos materiales, manteniendo el proyecto contenido en nuestro genoma, en su interacción con el Medio Ambiente.

La Física Cuántica y la Teoría de la Relatividad nos están mostrando lo poco que conocemos del mundo real. Al estudiar las partículas subatómicas, notamos que estamos en la prehistoria de un mundo nuevo. Los médicos sabemos que nuestros pensamientos generan ondas electromagnéticas, detectables físicamente (electroencefalograma). Pero habitualmente creemos que ese flujo energético es incapaz de interactuar con los campos de energía que nos circundan. Nuestro poder mental es muy superior a lo que siempre hemos creído. Debemos mantenernos conscientes de lo mucho que ignoramos, para no estancarnos en el orgullo por lo poco que sabemos.

Todo lo que conocemos, ha tenido su origen en un pensamiento.

Es preciso que mejoremos nuestro proceso de comunicación con nuestro inconsciente. La Medicina se ha ocupado muy poco de eso. Se han utilizado prácticas milenarias espirituales, que intentan que el Ser Humano logre interactuar con planos energéticos aún desconocidos. Independientemente de los métodos utilizados, cualquier procedimiento que logre una adecuada comunicación con niveles profundos de nuestra mente, debiera contribuir a optimizar nuestras capacidades.

Siendo la mente nuestro recurso más valioso, a un siglo de los aportes de Freud y pese a los incontables descubrimientos de las neurociencias, todavía es uno de nuestros misterios. “Conócete a ti mismo” (Sócrates), vale la pena.

AMED

ARCHIVOS MÉDICOS DOMINICANOS
DE LA ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA

Archivos Médicos Dominicanos (AMED)
Órgano oficial de publicación de la Academia Dominicana de Medicina

CONSEJO EDITOR

Dra. Togarma Rodríguez Aquino (Directora)

Dr. Ricardo García Martínez (Secretario)

Dr. Luis Ortiz Hadad (Miembro)

Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón (Miembro)

Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez (Miembro)

Dr. Herbert Stern Díaz (Miembro)

Dr. Francisco López Muñoz (Miembro)

ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA

Es una organización sin fines de lucro, incorporada en 1971, por medio del Decreto No. 1704 dictado por el Poder Ejecutivo. Tiene por objeto el fomento científico de los estudios médicos, impulsar la investigación en estas disciplinas, la preservación del patrimonio histórico de la medicina dominicana y la unión de los médicos por el vínculo de la ciencia.

La Academia se encarga de promover estudios, reflexiones, reuniones y sesiones científicas, cursos, conferencias, publicaciones, dictámenes, consultas y cuantas actividades puedan redundar en el desarrollo y difusión de las ciencias biomédicas; así como también colaborar con las autoridades y organismos nacionales, regionales y locales, formulando las propuestas que se estimen oportunas sobre cuestiones de interés científico, y dando respuesta a las consultas que le puedan ser dirigidas. De igual forma, fomenta las relaciones con entidades homónimas en el extranjero, instituciones académicas nacionales y extranjeras, así como otros centros de carácter científico y docente, para el intercambio de conocimientos en el ámbito de sus competencias.

UBICACIÓN

Casa de las Academias. Calle de las Mercedes NO. 204 Zona Colonial. Santo Domingo, República Dominicana.

CONTACTO

Para comunicarse con nosotros puede llamar al Tel. 809-686-4117 o escribir a info@amed.com.do

Para fines de publicaciones, favor consultar www.amed.com.do

Encuentre esta y todas las ediciones de AMED en formato digital y gratuitamente siendo suscriptor de www.diariosalud.do donde recibe las noticias más importantes del sector.



DiarioSalud
WWW.DIARIOSALUD.DO

