

EDITORIAL

RADIOGRAFÍA DE UNA PANDEMIA
Dr. Ramón E. Pérez Martínez

CARTAS AL EDITOR

Dr. José Asilis Záiter
*Pasado presidente
Academia Dominicana de Medicina*

CONFERENCIAS

IMPLICACIONES LEGALES, MÉDICAS
Y ÉTICAS DEL ART. 30 DEL TEXTO
CONSTITUCIONAL EN LA PRÁCTICA
DE LA MEDICINA EN LA REPÚBLICA
DOMINICANA

DE ACTUALIDAD

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD
MENTAL EN LA REPÚBLICA
DOMINICANA

*Kimberly Almonte Cepeda, Oscar Sánchez
Ovalles, Nelson Martínez-Rodríguez, Carlos De
los Ángeles.*

CASO CLÍNICO

NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN UN
PACIENTE CON ENFERMEDAD POR
DEPÓSITO DE IGG4: A PROPÓSITO
DE UN CASO

*Francisco De la Rosa-Morillo, Violeta Rosario-
Brito, Patricia Biarreta.*

SÍNDROME DE TOURETTE: CUANDO
LOS TICS SÓLO SON LA PUNTA DEL
ICEBERG

*Jessica S. Montenegro, Illiane M. Pritsiolas,
Claudia Rodríguez*

REFLEXIONES BIOÉTICAS

PRESCRIPCIÓN ÉTICA: LA DELICADA
RELACIÓN DE LA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA CON LOS PROFESIO-
NALES DE LA SALUD

Dr. Ricardo Elias Melgen

SECCIÓN HISTÓRICA

LA REGULACIÓN DE LAS PROFE-
SIONES SANITARIAS EN REPÚBLICA
DOMINICANA

Dr. Herbert Stern

**FILOSOFÍA DE LA
MEDICINA**

EL PACIENTE

Dr. Luis Ortiz Hadad

RADIOGRAFÍA DE UNA PANDEMIA

El 11 de marzo del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la existencia de una pandemia por el coronavirus SARS-COV-2. Desde esa fecha, el mundo ha estado inmerso en una situación de crisis sanitaria que ha traído como consecuencia pérdidas de vidas, empleos, colapso de la economía y afectación de la salud mental.

Actualmente tenemos más de tres (3) millones de muertes a nivel mundial. La medicina basada en evidencia sacó del arsenal terapéutico medicamentos como la hidroxicloroquina, ivermectina y algunos anticuerpos monoclonales. Los nuevos epicentros son Brasil, India y Francia, con el agravante de que están circulando nuevas variantes con mayor capacidad de transmisibilidad y morbimortalidad, como es la variante P1 de Brasil, que se caracteriza por afectar a pacientes más jóvenes (menos de 40 años) y con mayor morbimortalidad en embarazadas. Unos 190 países han iniciado el proceso de inmunización con diferentes vacunas, lo que favorece a una inmunidad colectiva en un tiempo más corto, aunque todavía tenemos la interrogante de si el tipo de vacunas que se están inoculando podrían ser efectivas ante las nuevas variantes del virus que se han detectado en Europa, Sur América y Sudáfrica.

Lo cierto es que la pandemia ha puesto al desnudo la inequidad, la falta de solidaridad de los países con gran poderío económico hacia los países más pobres, monopolizando las vacunas que los estudios han demostrado una mayor efectividad y dejando a los países de bajos ingresos vacunas menos efectivas. La amenaza latente que se afecten los derechos humanos a través de medidas que podían estar justificadas durante el proceso de controlar la pandemia. Que las redes sociales pueden ser

una herramienta importante en la difusión de información veraz pero también falsa que desorienta a la población. La ambición de lucro a expensas del dolor y la tragedia humana con la comercialización a sobre precio de insumos, equipos médicos, etc.

Hemos aprendido que ninguna nación estaba preparada para manejar una pandemia que, aunque las vacunas son la vía más expedita para conseguir la inmunidad colectiva, están limitadas por la inequidad y la falta de solidaridad de los países de mayores ingresos económicos.

Este ha sido un proceso dinámico que lo que hoy se acepta como bueno y válido, mañana podría ser cuestionado.

Hoy sabemos que la humanidad vive en incertidumbre, donde a diario surgen interrogantes sin una respuesta inmediata.

El personal sanitario se encuentra agotado física y emocionalmente, lo que predispone a errores médicos y a disminución de la calidad de la atención.

Debemos de mirar hacia el futuro con resiliencia y trazar estrategias que permitan prevenir, evaluar y coordinar una respuesta oportuna ante futuras emergencias epidemiológicas.

Dr. Ramón E. Pérez Martínez

Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

Santo Domingo, D.N.

14 abril 2021

Señora

Dra. Togarma Rodríguez Aquino

Editora

Archivos Médicos Dominicanos (AMED)

En el año 2009, a raíz de la polémica generada por el entonces artículo 30 debatido por la Asamblea Nacional Revisora de la Carta Magna de la República Dominicana que decía “El derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte. No podrá establecerse, pronunciarse ni aplicarse, en ningún caso, la pena de muerte”, la Academia Dominicana de Medicina se propuso conocer el impacto de este artículo en la práctica de la medicina en este país, presentando seis actividades académicas que desarrollaron los aspectos biológicos, reproductivos, legales y bioéticos. Fuera de algunos reportes de prensa y lo que pudo trascender en la audiencia, lo desarrollado durante estas disertaciones nunca se dio a conocer.

El 26 de enero de 2010 entró en vigor la nueva reforma a la Constitución, con la aprobación íntegra del mencionado artículo que aparece como artículo 37. Nueva vez, la no criminalización de la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales (vida de la madre en peligro, inviabilidad del producto por malformación y embarazo por violación o incesto) es tema de debate con motivo de las discusiones sobre la modificación del Código Procesal Penal vigente. Debido a que prácticamente las circunstancias no han cambiado entre el año 2009 y el actual, sometemos a su consideración la publicación de los resúmenes y conclusiones del referido ciclo de conferencias.

Atentamente,

Dr. José Asilis Záiter

Pasado presidente

Academia Dominicana de Medicina

CICLO DE CONFERENCIAS

IMPLICACIONES LEGALES, MÉDICAS Y ÉTICAS DEL ART. 30 DEL TEXTO CONSTITUCIONAL EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

MOTIVACIÓN

“El derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte. No podrá establecerse, pronunciarse, ni aplicarse, en ningún caso, la pena de muerte”, reza el artículo 30 del texto constitucional que se debate en la Asamblea Nacional Revisora, sancionado favorablemente por 167 asambleístas y rechazado sólo por 32. Ante este hecho que atañe a toda la sociedad dominicana y fundamentalmente la clase médica se hizo imprescindible crear un escenario para el debate académico de los aspectos que encierra la aprobación de este artículo en nuestra Carta Magna.

OBJETIVO:

Conocer el impacto de este artículo en la práctica de la medicina dominicana de cara a la investigación y al ejercicio de ésta.

DESARROLLO:

El ciclo fue desarrollado a lo largo de 6 actividades (tres charlas y tres mesas redondas-panes). Cada actividad estuvo precedida por una introducción del presidente de la Academia Dominicana de Medicina.

RESÚMENES:

VIDA HUMANA Y ABORTO: UN ENFOQUE MÉDICO

Jueves, 14 de mayo del 2009
Sede de la Academia

determinados por sus propias creencias formativas y regidos por los principios y códigos de ética de su profesión, y con las leyes y normas que gobiernan la sociedad influidas por creencias religiosas y múltiples factores, haciendo extremadamente compleja la relación médico-paciente, médico-sociedad y paciente-sociedad.

DR. JOSÉ ASILIS ZÁITER - INTRODUCCIÓN DEL PRESIDENTE -

El trabajo del médico es esencialmente individualista. Debe partir del respeto a la autodeterminación del paciente y sus familiares. Son éstos quienes, luego de estar debidamente informados por parte de su médico acerca de las alternativas de tratamiento, sus riesgos y posibles complicaciones, deciden cuál sería la conducta para seguir. No obstante, el médico frecuentemente vive el dilema de participar en la búsqueda de una solución que lo enfrenta con la autonomía y los valores del paciente, con los valores morales del mismo médico

Ante estas disyuntivas de índole moral y de valores, el médico las pudiera plantear o resolver dentro del campo de la bioética, lo que entiendo debería ser su principal enlace entre moralidad y ciencia. Sin embargo, hay casos en los que no puede abstraerse del marco legal, resultando, en muchos de ellos, que la legislación vigente es ambigua, silenciosa o moralmente incorrecta. Otras veces, la decisión se fundamenta en las creencias religiosas del propio paciente y sus familiares o las del propio médico, algunas posiblemente rezagadas con respecto al ritmo con el que las sociedades cambian o la ciencia progresa.

CONFERENCIAS

En sociedades homogéneas, las religiones son los árbitros de las normas éticas. Las sociedades occidentales, por el contrario, son multiculturales, reduciendo la influencia de una sola religión sobre toda la población. Sin embargo, en Latinoamérica, y particularmente la República Dominicana, la religión católica es seguida por una gran parte de sus habitantes. Hay que aceptar que todavía en la actualidad la religión influye sobre la bioética, y en nuestro país la religión católica deja sentir con determinación y fuerza esa influencia.

El mundo occidental, especialmente en Estados Unidos y Europa, se ha apartado de los principios religiosos y ha tomado el camino del humanismo secular en busca de respuestas. La comunidad médica no ha sido la excepción. En la actualidad se aceptan muchos de estos principios, tales como la autonomía, la beneficencia, la no maldad y la equidad. Éstos han dirigido el pensamiento ético y han sido fundamentales para establecer políticas de salud pública en esos países durante las últimas tres décadas. En consecuencia, siguiendo estas tendencias, la separación Iglesia-Estado y una legislación laica son fundamentales.

Nuestro país se localiza en el caribe, pero su legislatura, normas y valores distan mucho de la de los llamados países del primer mundo. En estos momentos, nos encontramos en la revisión de nuestra carta constitutiva. La aspiración de una Constitución que abarque a todos los dominicanos sin discriminaciones de orden social, económico, ideológico o religioso debería ser lo más genuino.

(...) Estos asuntos deberán ser discutidos con información y serenidad para que se puedan obtener frutos. La aspiración de la Academia Dominicana de Medicina es fijar su posición ante la sociedad dominicana luego del análisis documentado y consensuado de los temas debatidos.

De todos éstos, el que por años ha generado más controversias y menos luz es el problema del aborto. Para algunos, el aborto es un asunto simple: el derecho del ser humano a la vida. Para otros, es igualmente simple: el derecho de una mujer a ejercer control sobre su propio cuerpo. Sin embargo, el aborto es uno de los temas más controversiales y complejos en política social y responsabilidad moral personal, porque aún ante posturas extremas subyacen razones legales, éticas y médicas encontradas.

Conscientes de la profunda influencia que ejerce la Iglesia Católica en nuestra población, la Academia Dominicana de Medicina ha querido presentar como preámbulo a este ciclo de actividades relacionadas con el artículo 30 del texto constitucional, la opinión de los médicos católicos, representados esta noche por el Dr. Freddy Contín, una persona profesionalmente intachable y muy estudiosa, de fuertes convicciones morales y religiosas.

DR. FREDDY CONTÍN - VIDA HUMANA Y ABORTO: UN ENFOQUE MÉDICO -

Como preámbulo, la primera presentación, "Vida Humana y Aborto: un enfoque médico", conferencia dictada por el Dr. Freddy Contín, presidente de la Asociación de Médicos Católicos, ofreció una descripción muy detallada de los argumentos que fundamentan el concepto de que la vida se inicia con la concepción, es decir, en el embrión de una célula: el cigoto. Estas afirmaciones fueron sustentadas en conceptos de genética, biología celular y embriología. Refutó argumentos contrarios como el de la individualidad que se iniciaría en etapas posteriores sosteniendo que el genoma es un centro organizador desde el primer instante. Fue categórico al rechazar cualquier forma de aborto, enfatizando que, ante situaciones del embarazo que pongan en peligro la vida de la madre y/o del feto, el médico debe realizar esfuerzos proporcionados para salvar a la madre

y el niño y nunca tener como salida la muerte premeditada de uno de ellos. Consideró que la estrategia más eficaz para prevenir y evitar el aborto es la educación moral y ética, sobretudo en la adolescencia y en la juventud y el apoyo a la mujer.

**¿CUÁNDO COMIENZA LA VIDA?
EL ENFOQUE CIENTÍFICO.**

Miércoles, 27 de mayo del 2009
Sede de la Academia

**DR. RICARDO TAPIA - LA FORMACIÓN
DEL SER HUMANO Y LA INTERRUPCIÓN
DEL EMBARAZO: UNA PERSPECTIVA
NEUROBIOLÓGICA -**

El Dr. Ricardo Tapia, neurobiólogo mexicano, de la división de neurociencias y del Instituto de Fisiología Celular de la UNAM y presidente del Colegio de Bioética de México, en su charla “La formación del ser humano y la interrupción del embarazo: perspectiva neurobiológica”, sostuvo que la humanidad es producto de la evolución biológica. La estructura química esencial de los genes y las proteínas es exactamente igual en todos los seres vivos, incluyendo los humanos. Lo que da al ser humano las características que lo distinguen y diferencian de otras especies primates, los seres vivos más cercanos a él, es el funcionamiento del sistema nervioso central. Este desarrollo del SNC se alcanza en el tercer trimestre del embarazo y es cuando biológicamente se puede hablar de persona (o “vida humana”): alcanza la autonomía fisiológica, definida como viabilidad fuera del útero materno, percepción de estímulos sensoriales, experimentar dolor y adquirir conciencia.

Refutó el concepto de que en el genoma existe una persona porque: (a) Cualquier célula viva: 1. Contiene el genoma completo; 2. Puede sobrevivir fuera del organismo; y 3. Siendo

diferenciada puede desdiferenciarse para dar origen a un organismo completo mediante el método de la clonación reproductiva. Es decir, una célula humana cualquiera, por estar viva y contener el genoma humano completo, no puede considerarse un ser humano. (b) Una vez diferenciadas las células en órganos y tejidos: 1. Trasplantar un órgano no daría lugar a millones de personas dentro de otra persona; y 2. Extirpar un órgano enfermo mataría millones de personas. Por tanto, concluyó, no hay nada no biológico, sobrenatural o espiritual en el genoma humano y por lo tanto no hay razones científicas para considerar que un cigoto, un blastocito, o aún un embrión de 12, 14 o 20 semanas, tienen dignidad humana y es una persona, aunque posea el genoma humano completo.

**IMPLICACIONES LEGALES DEL ARTÍCULO
30 PARA LA TOMA DE DECISIONES
MÉDICAS**

Jueves, 21 de mayo del 2009
Sede de la Academia

**DR. JOSÉ ASILIS ZÁITER - INTRODUCCIÓN
DEL PRESIDENTE-**

La Ley General de Salud no. 42-01 promulgada por el Poder Ejecutivo en fecha 8 de marzo del 2001 reconoce en su artículo 28 el derecho de las personas a la autodeterminación, otorgándole facultad “a no ser sometido/a a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o vida, sin su consentimiento escrito o el de la persona responsable, esto último sólo en el caso de que el paciente no esté en capacidad para darlo y siempre que sea en su beneficio”. La misma ley en su artículo 33 califica a la investigación “como una acción básica y fundamental” que deberá “ceñirse a los principios científicos y bioéticos nacional e internacionalmente aprobados”.

CONFERENCIAS

Estas afirmaciones contenidas en la referida ley destacan la autodeterminación del paciente, la investigación como medio para expandir la frontera de la ciencia y la formulación de políticas de salud, y la incorporación de principios científicos y bioéticos aprobados que la regulen. El médico y el paciente pertenecen a una sociedad que está reglamentada por leyes. En el ambiente medicolegal, todo accionar del médico debe estar enmarcado por las leyes vigentes. Sin embargo, para muchos casos, sobre todo en los que se plantean cuestionamientos de orden moral y de valores, la legislatura vigente resulta ser ambigua, silenciosa o moralmente incorrecta. En la corriente actual del pensamiento secular, el médico plantea o resuelve estas disyuntivas dentro del campo de la bioética.

Tanto la ley como la bioética nos proveen reglas acerca de las conductas a seguir. No obstante, existen diferencias significativas entre ambas. La ley se fundamenta en estatutos legislativos, reglamentos provenientes de agencias administrativas o de decisiones de cortes judiciales. Varía geográficamente y solo es aplicable en las jurisdicciones donde prevalece. La ética, por el contrario, incorpora en forma amplia y sin límites geográficos, los valores y las creencias de la conducta correcta. Quizás la diferencia fundamental entre una y otra está en que la bioética considera los valores individuales -sean éstos los del paciente o sus responsables- y el personal médico puede o debe estar en condiciones de tomar una decisión al respecto, mientras que la ley no considera los valores individuales y requiere de abogados para interpretarla.

Las sociedades cambian y la ciencia también lo hace, solo que esta última a un ritmo considerablemente mayor. Un signo de nuestros tiempos es la creciente diversificación de los valores sociales. La ética, aventajando a la ley, es más ajustable a esos cambios. Así, mientras una ética buena suele conllevar a una ley buena,

una ley buena no necesariamente da lugar a una ética buena. En una sociedad democrática, la ley es la vía a través de la cual las políticas de bioética pueden ser expresadas y codificadas a todo lo largo de una gran región geográfica. Una ley al respecto sería buena si permite la incorporación de diversos valores individuales prevalentes simultáneamente en una sociedad. Por el contrario, una ley sería mala si resultara excluyente; en consecuencia, la autodeterminación pudiera quedar menospreciada y la bioética inhabilitada y muchos problemas de índole moral o de valores serían planteados y resueltos en forma arbitraria, castrante o contraproducente.

(...)

El problema que ha generado un estado de alarma y de participación de la comunidad médica ante las cámaras legislativas es por el carácter altamente restrictivo del referido artículo 30. La labor docente, investigativa y de ejercicio del médico con frecuencia trasciende los límites de una definición en blanco y negro de lo que es la vida y de lo que es la muerte. ¿Qué pasará con los programas de control de natalidad si se asumen que los métodos empleados destruyen vida humana, o con los programas de fertilización in vitro que pueden requerir la eliminación de embriones, o con la interrupción del embarazo en ciertas condiciones? Aun cuando no han sido temas de debate, esto mismo aplicaría a situaciones relacionadas con enfermos terminales: ¿podremos plantear retirar el apoyo o no iniciar medidas de apoyo que pudieran prolongar la vida? ¿Se ha pensado en los programas de trasplante cadavérico? La ley 329-98 regula la donación y legado, extracción, conservación e intercambio para trasplante de órganos y tejidos humanos. Esa ley considera y define la muerte cerebral. Muchos, si no todos los que debaten el artículo 30 en el Congreso Nacional, desconocen que para la obtención de un órgano cadavérico se requiere que el donador esté con vida al momento de la donación de

órganos y que ésta es terminada de manera no espontánea una vez concluido el procedimiento. ¿Implicaría la aprobación del mencionado artículo que la ley deba ser revisada?

Ni decir del aspecto medicolegal. ¿Estamos encaminándonos hacia un campo minado por la mala práctica médica? Toda la acción del médico está bajo el acecho de esta industria creciente que ha degenerado en una crisis de disponibilidad de algunos servicios médicos calificados en amplias zonas geográficas.

El médico dominicano, la Academia Dominicana de Medicina como una institución vinculante y académica, requieren conocer las implicaciones legales del artículo 30 como punto de partida para la discusión y análisis de su repercusión en la práctica de la medicina en la República Dominicana.

EDUARDO JORGE PRATS - IMPLICACIONES LEGALES DEL ART. 30 EN LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS

Este artículo, en caso de ser aprobado, se impone sobre cualquier legislación, reglamentación o práctica pública o privada. Pero nadie puede ser sancionado por una práctica que contraría su contenido si la ley previamente no establece la infracción y las sanciones que corresponden a quien la cometa. Solo el aborto es penalizado en todas las circunstancias por el Código Penal Dominicano. El jurista Jorge es de opinión que la protección jurídica de la vida puede lograrse a través de otras vías que no son necesariamente la penal, como es el caso de la vía administrativa o civil.

De la interrupción del embarazo

El artículo 30 es compatible con esquemas legislativos que permiten ciertos supuestos de despenalización. Citando al Tribunal Constitucional alemán, que posee un artículo similar, admite la existencia de una situación de

necesidad que justifique el aborto. El estado, a través de medios de política social que protejan la vida (p. ej., subsidios de manutención, entre otras), así como un asesoramiento obligatorio, mediante el cual la mujer recibe consejo y ayuda para resolver su conflicto, servirían como normas que garantizan una protección efectiva de la vida en gestación y limitarían la sanción penal en ese sentido. Ese tribunal considera que con el asesoramiento y la ayuda y no por la sanción penal se protege mejor la vida en gestación.

La vida es un bien constitucional a proteger, pero solo es un derecho cuando se puede vincular a la titularidad de persona, concepto constitucional que está estrechamente ligado al concepto médico-biológico, filosófico y ético de la vida. Los ordenamientos jurídicos que admiten la interrupción voluntaria del embarazo parten de que el Estado tiene un importante y legítimo interés en proteger la potencialidad de la vida humana. Así, si la titularidad de persona es a partir de la viabilidad, el estado pudiera regular y aún prohibir el aborto, excepto cuando éste fuera necesario; antes de ese momento, la decisión de abortar dependería, según las circunstancias y la edad del embarazo, del criterio del médico tratante o del Estado.

Lo ideal es que la inviolabilidad a la vida quede consagrada tal como está en la Constitución vigente. Pero si se aprueba en la versión del Artículo 30, esto no significa que no puede ser despenalizado en los supuestos de que corre peligro la vida de la mujer, corre peligro su salud física, psíquica o social, y en caso de violación contra toda mujer.

De la intercepción del embarazo y bioética

Hay que distinguir entre anticoncepción, intercepción e interrupción del embarazo. La intercepción, período entre la fecundación y la implantación, corresponde a los métodos anti-conceptivos que interfieren con la implantación

y al uso y disposición de embriones (programas de fecundación in vitro, diagnóstico pre-implantacional, o investigación con células troncales.

A juicio del jurista Jorge Prats, tampoco habría oposición a los programas de fertilización in vitro, preservación y destrucción de embriones y a la prevención del embarazo mediante tratamientos hormonales o colocación de dispositivos intrauterinos. Citando a D'Agostino, afirma que las nuevas tecnologías reproductivas plantean problemas nuevos al derecho. El legislador necesita de la ética como fuente vital de respuestas e indicaciones ante las nuevas tecnologías.

Éticamente, interrumpir un embarazo ectópico no es un aborto, en la fertilización in vitro se habla de selección de embriones y no de destrucción, en áreas de investigación con células madre se trata de donación de embriones y no de sacrificio, y la pérdida o destrucción de un embrión en estado pre-implantatorio no es matanza ni homicidio.

De los trasplantes de órganos

No se afectarían, aunque no se entró en detalles.

De la terminación de la vida

El médico pudiera contribuir a que el paciente muera sin indignidad: eliminación de barreras (por ejemplo, el dolor) y respeto a la autonomía de las personas y el uso de la razón (desde mantener con vida alguien que claramente no desea vivir o acabar con la vida de alguien que desea seguir viviendo).

Comentarios y conclusiones

Es conveniente apreciar la gradualidad del desarrollo del embrión, sin adoptar posturas extremas como la de ver al pre-embrión como una persona o asumir que es una simple cosa, totalmente manipulable y comerciable.

Las bioéticas laica (la vida tiene sentido cuando se desarrolla el sistema nervioso central: goza,...) se opone a la cristiana (la vida es inviolable e indisponible desde la concepción). El legislador opta por la bioética de acuerdo con la sociedad donde vive. Sin embargo, hay un límite para el derecho: el principio de la autonomía personal. El Estado y los demás individuos no deben interferir en la libre elección individual de los planes de vida y adopción de excelencia humana. El Estado debe limitar su participación a facilitar estos planes y a impedir la interferencia mutua en la persecución de estos objetivos.

El jurista Jorge concluye que es necesario establecer un diálogo entre médicos, juristas, filósofos, activistas de los derechos humanos, acerca de los problemas que suscita la biogenética y la medicina de hoy. No hay soluciones automáticas. Hay que partir del respeto a la dignidad humana, a la vida, a la autonomía personal, a la igualdad, a la intimidad y a los demás derechos fundamentales.

IMPACTO DEL ART. 30 EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA.

Jueves, 28 de mayo del 2009

Sede de la Academia

DR. JOSÉ ASILIS ZÁITER - INTRODUCCIÓN DEL PRESIDENTE -

El añadir "desde la concepción" como frase que modifica el texto del artículo anterior implica una definición del inicio de la vida. En ese contexto, la concepción es sinónimo de fertilización, y en lo que respecta al tema que se va a discutir hoy, los programas de fecundación asistida, entraña el otorgamiento de derechos constitucionales al huevo fertilizado aún en la caja de Petri. Ese embrión, concebido in vitro, puede ser transferido al endometrio... De ahí, su destino deseado es que se implante e inicie un embarazo natural

y fisiológico. Otros embriones, concebidos en la caja de Petri, correrán suertes distintas: unos cuantos más la misma del embrión previamente referido, algunos serán preservados por congelación y otros, por varios mecanismos, se perderán.

¿Este proceso de fertilización asistida violaría alguna ley de aprobarse el Art. 30 como se hizo en la primera lectura? ¿Este artículo limitaría el desarrollo de otras posibilidades biológicas derivadas de estos procedimientos?

DRES. MIGUEL MARTE BELL Y VÍCTOR MONTES DE OCA - IMPACTO DEL ART. 30 EN EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE FERTILIZACIÓN ASISTIDA -

El Dr. Marte Bell opinó que la reproducción humana es un hecho destacado en los textos científicos, legales y religiosos. Hizo un recuento sucinto de la biología de la reproducción humana. Definió la infertilidad. La frecuencia de infertilidad es de 15 - 20% según datos de la Organización Mundial de la Salud. Se estima que es de un 18% en la República Dominicana. Discutió las causas de infertilidad, cómo se investiga citando incluso el libro del autor dominicano Héctor Elías Rosario "Guía Práctica para el Estudio de la Pareja Infértil" y concluyó señalando que un 15% de las parejas infértiles requerirán fecundación asistida.

El Dr. Víctor Montes de Oca describió los métodos de reproducción asistida clasificándolos en baja (coitos programados e inseminación artificial -homóloga y heteróloga-) y alta complejidad (fertilización in vitro, transferencia intratubárica de gametos e inyección intracitoplasmática de espermatozoides). La fertilización in vitro consiste en la extracción de ovocitos dirigida por ultrasonografía transvaginal, fertilización de los mismos en el laboratorio y transferencia de embriones al útero.

El centro donde laboran los panelistas practica métodos de alta complejidad, PROFERT, está avalado y pertenece al Registro Latinoamericano de Reproducción Asistida (RLRA), una red que abarcaba 128 centros para el año 2004. En ese año, ese registro reportó el nacimiento de 5 276 bebés a partir de 19 312 ciclos iniciados con embriones frescos. En el período 2003-2004, la tasa de embarazos fue de 11.5%, 28.1% y 36% si el número de embriones transferidos fue de 1, 2 ó 3, respectivamente, no observándose mejoría cuando el número de embriones transferidos fue de 4 ó más. La tasa de multigestación fue de 19%, 30.5% y 35.4% cuando el número de embriones transferidos fue de < 2, 3 ó > 4, respectivamente. Estos resultados son comparables con los de Estados Unidos y Europa. Asimismo, durante el período 2003-2004, el registro reportó un total de 4 185 transferencias de embriones descongelados con el nacimiento de 681 bebés, de los cuales 564 fueron producto único.

En la República Dominicana existen cuatro grupos que realizan procedimientos de reproducción asistida de alta complejidad, tres en Santo Domingo y otro en Santiago. Dos de esos grupos es operado por especialistas procedentes de dos países, Israel y Colombia, respectivamente. En PROFERT se han realizado 750 ciclos de alta complejidad (específicamente, fertilización in vitro e inyección intracitoplasmática de espermatozoides) desde el año 2000, con un promedio anual actual de unos 100, con una tasa global de embarazos de 27%, que en los últimos 3 años es de 35%, similar a la de la media latinoamericana.

Los Dres. Marte Bell y Montes de Oca afirmaron que no existen regulaciones oficiales en la República Dominicana sobre esos programas. La práctica de los médicos extranjeros que participan en algunos de estos programas en nuestro país es ilegal.

Consideraron que de aprobarse el artículo 30 con la frase “desde la concepción”, los programas de fertilización asistida correrían un grave peligro de desaparecer, tal y como ocurrió en Costa Rica, donde fueron prohibidos por la Sala Constitucional de la Suprema Corte de Justicia de ese país. En consecuencia, una pequeña fracción de las parejas que pudieran beneficiarse de estos programas contarían con recursos para solicitarlos en otros países donde se practican.

**IMPACTO DEL ART. 30 EN LA PREVENCIÓN
E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN
CIERTAS CONDICIONES.**

Martes, 2 de junio del 2009
Sede la Academia

**DR. JOSÉ ASILIS ZÁITER - INTRODUCCIÓN
DEL PRESIDENTE -**

El añadir “desde la concepción”, en esta circunstancia, implica atribuirle al feto derechos constitucionales a la vida desde ese momento. Es decir, durante la concepción queda establecida no una simple vida biológica, sino una vida humana o, lo que es lo mismo, una persona. En lo que respecta a la práctica médica, cualquier participación del médico que pudiera implicar muerte del feto cabría ser interpretada como una condena a sus derechos y, por tanto, sería objeto de una prohibición legal si se considera el hecho como una intención antes de ser cometido o de una posible penalidad si se considera que una vez cometido infringió el mandato constitucional.

Estos conceptos, extrapolados al tema de hoy pudieran dar al traste con los programas de anticoncepción si se asumen que algunos métodos son “abortíferos” o limitar la toma de decisiones en algunos casos de embarazo.

La sociedad occidental perfectamente concebida estaría integrada por individuos que en sus etapas de adolescencia y juventud se desarrollan en un ambiente familiar compuesto por un padre y una madre y otros hermanos, colmados de los mismos valores religiosos-morales-éticos-sociales, llevan una vida de abstinencia sexual plena y, cuando son bendecidos por el amor y otras bondades de orden religioso y moral, se unen en el matrimonio con otro ser con las mismas cualidades. Frutos de esa relación, llegarán los hijos y el número de ellos estará determinado por el deseo propio de la pareja y por la prudencia espontánea de sus relaciones sexuales.

La sociedad dominicana demuestra otra realidad. La tasa de embarazos en la adolescencia, de embarazos no deseados y de abortos clandestinos es muy alta en nuestra población. Existen estadísticas confiables al respecto, como las del Instituto Alan Guttmacher. Los factores que inciden son múltiples. Si existe el factor pobreza, las consecuencias frecuentemente son desastrosas, aunque poco publicitadas. Crear barreras a la anticoncepción, fundamentadas en otras alternativas y no en una educación sexual integral, pudiera ser muy perjudicial en lo que respecta a políticas sociales y de salud pública. Por otro lado, el médico que está envuelto en las atenciones de mujeres embarazadas sabe que existen situaciones muy difíciles, como lo sería el de una mujer embarazada en el primer trimestre con cáncer y que, en un momento dado, el mejor interés de los dos, madre y feto, pueden ser mutuamente excluyentes.

La Academia Dominicana de Medicina ha invitado a un panel de expertos en políticas de anticoncepción y embarazos de alto riesgo. A nuestro entender, el reto de esta mesa es demostrar que el uso de anticonceptivos es necesario y de que existen ciertas situaciones en el embarazo que pueden requerir su terminación

y contarían con el consentimiento informado de la paciente y sus familiares o sus responsables -quienes habrán tomado esa decisión porque tienen preferencias y valores distintos a los que consideran que la obligación moral hacia el feto supera las consecuencias negativas potenciales de la salud materna.

MAGALY CARAM - INTRODUCCIÓN A LA MESA REDONDA -

La introducción "desde la concepción" en el Art. 30, propugnado y sostenido por la Iglesia Católica, ha desatado un debate que incluye políticas de salud pública, diferencias entre ciencia y fe, imposiciones religiosas vía el poder político y cuestionamientos sobre los derechos humanos de la mujer.

El planeta tierra está conformado por 194 países, donde existen toda clase de creencias espirituales y religiosas. La mayor concentración de cristianos y católicos se encuentra en Occidente, siendo Brasil el país que aporta el mayor número de católicos. Sin embargo, los países occidentales, principalmente Europa y Estados Unidos, así como la comunidad científica, han tomado el camino del humanismo secular en busca de respuestas, optando por una legislación laica.

Del conjunto global de países, solo 5 prohíben el aborto para salvar la vida de la mujer: Malta, El Salvador, Chile, Nicaragua y la República Dominicana. Ésta no ha sido la única barrera que desfavorece a la mujer, sino también en los programas de prevención del embarazo: educación para la sexualidad y conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

El tema del aborto es un problema de equidad. El aborto inseguro es la opción de la mujer que carece de recursos económicos, pues, aunque ilegal toda forma de abortos en la República Dominicana, es una realidad la autoinducción de

éste o la práctica del procedimiento en cualquier zona del país y sus graves consecuencias. Por tanto, este tema debe ser discutido con argumentos, tolerancia y respeto, y no mediante descalificaciones, insultos personales o chantajes politiqueros.

F. ÁLVAREZ - IMPACTO DEL ART. 30 DE LA CONSTITUCIÓN EN LAS INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS.

Este artículo, de ser aprobado, dificulta la investigación con gametos o pre-embriónes humanos, el tratamiento de la infertilidad y la investigación en anticoncepción que podría actuar después de la fecundación.

La investigación con gametos o pre-embriónes humanos plantean beneficios potenciales: el desarrollo de nuevos medicamentos y tratamientos de diversas enfermedades, de cualquier tipo de célula del cuerpo humano en cantidades ilimitadas, comprensión de enfermedades hereditarias y bioseguridad y efectividad de nuevos medicamentos. Estas investigaciones no son consideradas inmorales por la mayoría de las religiones, incluyendo algunas ramas del cristianismo.

La fertilización in vitro, la inyección intracitoplasmática de espermatozoides y la criopreservación de embriones no son consideradas aceptables bajo este artículo. Afectaría considerablemente el tratamiento de muchas parejas infértiles y la investigación de nuevas formas de tratamiento.

Lo mismo sucede con los métodos anticonceptivos que pudieran actuar después de la fecundación al modificar el endometrio, como los métodos hormonales combinados (estrógeno + progesterona) o solo con progestágenos. Sin embargo, ese mismo mecanismo ocurre durante la amenorrea de la lactancia y en

algunas situaciones de abstinencia periódica cuando puede ocurrir fecundación de un óvulo envejecido y el cigoto resultante no se implantará en el endometrio.

JOSÉ DE LÁNCER - IMPLICACIONES MÉDICAS DEL ART. 30 DE LA CONSTITUCIÓN.

Nadie está de acuerdo con el aborto. Sin embargo, hay ciertas condiciones en las que la interrupción del embarazo es una opción a ser considerada: (a) Maternas (desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta con feto vivo, placenta previa, embarazo ectópico...); (b) Fetales (anencefalia, holoprocencefalia, ...; y (c) Violación / Incesto.

La planificación familiar, como parte de un programa de educación sexual integral, disminuye el número de embarazos no deseados y la mortalidad materno-infantil. El 73% de las mujeres casadas o unidas en la República Dominicana usan métodos de planificación familiar, uno de los países con mayor nivel de uso en América Latina, con lo que se ha logrado que la tasa global de fecundidad en ese grupo haya descendido en forma importante durante los últimos años, al igual que la mortalidad en las diferentes etapas de la niñez.

Sin embargo, no toda la población tiene sus necesidades satisfechas en cuanto a una educación sexual integral adecuada y al acceso y uso correcto de anticonceptivos. Los grupos de mayor riesgo son las adolescentes (15-19 años) y los que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos. Las consecuencias de salud pública y de política social negativas son importantes: aumenta el número de embarazos no deseados (21% de las mujeres adolescentes son madres o están embarazadas), el de abortos inseguros y la deserción escolar. Todas estas consecuencias negativas se irían revirtiendo en la medida que mejore la educación sexual integral (incluyendo

anticonceptivos) y se cree una estructura social que apoye a la madre y facilite la adopción.

La Iglesia Católica, en la "Humanae vitae" sobre la regulación de la natalidad (Carta encíclica de S.S. Pablo VI, 1968), fue categórica en la prohibición de cualquier método anticonceptivo, excepto la abstinencia. No obstante, un número importante de mujeres católicas de diferentes países consideran el aborto como opción ante diferentes situaciones.

El Código Penal Dominicano penaliza toda forma de aborto desde el año 1884. La realidad social y razones de salud pública imponen otro enfoque ante el aborto. Es tiempo de que se actúe como un estado laico en estas circunstancias: "La mujer decide, el Estado garantiza y la Iglesia no interviene".

JOSÉ FIGUEROA - REFLEXIONES SOBRE EL ABORTO.

Nadie está de acuerdo con el aborto. Sin embargo, hay circunstancias que obligan a tomar esta decisión, generalmente en contra de sus principios y creencias. En general, basada en sus principios, creencias, religión y cultura, las posibilidades de una persona con respecto al aborto son: (a) No aceptarlo; (b) Aceptarlo en situaciones especiales; y (c) Aceptarlo en cualquier condición. Estas posturas pueden cambiar de acuerdo con las circunstancias.

La decisión de una mujer de interrumpir el embarazo no deseado en condiciones inadecuadas lo convierte en un aborto inseguro. Se estima que un 13% de la mortalidad materna está relacionada con un aborto inseguro.

En Latinoamérica, la tasa de abortos por cada 1 000 mujeres es la segunda (37) después de Europa Oriental, es la más alta cuando se trata de abortos inseguros en mujeres 15-44 años

(29), y la mortalidad del aborto inseguro por cada 100,000 nacidos vivos es la tercera con 30.

La prohibición legal o religiosa del aborto no ha incidido favorablemente en la incidencia y mortalidad de este. Por el contrario, la tendencia es hacia el aumento. En países desarrollados, como los de Europa del Norte, en los que existe educación sexual integral, disponibilidad y uso de anticonceptivos y permisibilidad de toda forma de aborto, presentan, paradójicamente, las tasas más bajas de aborto en todo el mundo.

En la República Dominicana, a pesar de que el aborto está penalizado desde el 1884, se realizan unos 85 000 abortos inseguros. La principal causa es el embarazo no deseado. Es la segunda causa de hospitalización en los servicios de obstetricia. El uso del misoprostol en la autoinducción del aborto ha reducido las complicaciones relacionadas con prácticas inseguras.

República Dominicana es, junto a Chile, El Salvador y Nicaragua, los únicos países de Latinoamérica en los que el aborto no es permitido bajo circunstancia alguna. Los hechos demuestran que la despenalización del aborto no aumenta el número de abortos.

El problema de fondo está en el embarazo no deseado. Es necesario implementar o mejorar las estrategias encaminadas a reducirlo. El aborto terapéutico debe ser considerado una opción ante ciertas condiciones.

ASPECTOS MORALES EN LA APROBACIÓN DEL ART. 30 DE LA CONSTITUCIÓN

Jueves, 4 de junio del 2009

Sede de la Academia

DR. JOSÉ ASILIS ZÁITER - INTRODUCCIÓN DEL PRESIDENTE -

El añadir “desde la concepción” implica atribuirle al feto derechos constitucionales a la vida desde ese momento. Es decir, la personalidad queda establecida en la concepción siguiendo un criterio cristiano y humanístico. En ética implicaría que la obligación moral hacia el feto supera a la de la madre sin importar las situaciones o circunstancias, anulando su autonomía y los valores.

La bioética moderna se ha desarrollado notablemente durante las últimas cuatro décadas debido a la evolución de las sociedades en cuanto a pluralidad de valores y adelantos biotecnológicos, ante leyes que se han mantenido rezagadas, principios religiosos que mantienen actitudes extremas y controversiales y el problema creciente de las demandas médicas. La bioética es una rama de la ética que provee soluciones razonables y defendibles que incorpora principios éticos ante los dilemas reales o posibles que enfrenta el médico en medicina y biología. Sin ser religión o ley, incorpora elementos de ambas disciplinas. La bioética interviene en las relaciones médico-paciente, médico-sociedad y sociedad-paciente.

En el trasfondo de todas las controversias surgidas a raíz de la frase “desde la concepción”, independientemente sea o no el tema relacionado con la despenalización del aborto, hay argumentos de índole moral y religioso para sustentarla que persiguen una ley consonante con sus principios pero que pueden perjudicar el ejercicio de la medicina en la República Dominicana. En consecuencia, la discusión de los aspectos morales desde un enfoque bioético es de capital importancia si se quiere arrojar luz y lograr avances en esta encrucijada.

CONFERENCIAS

La Academia Dominicana de Medicina ha recurrido a dos destacados especialistas en bioética. Ante esta sede no solo tienen el compromiso de discutir los aspectos morales relacionados con el Artículo 30, sino el de crear en todos nosotros una actitud proactiva dirigida a lograr una medicina más equitativa que incluya a todos los miembros de nuestra sociedad, sin importar etnia, religión, estrato social e ideología, y luchar por una legislación verdaderamente representativa de los mejores intereses de todo el pueblo dominicano.

TOGARMA RODRÍGUEZ - ESTADO -DEMOCRACIA-MORAL

El atractivo del Estado se encuentra en la promesa de una comunidad gobernada por un marco equitativo-en principio, igualmente restrictivo y habilitante para todos sus miembros. La idea de democracia deriva de su poder e importancia, en contraste, de la idea de la autodeterminación, es decir, de la noción de que los miembros de una comunidad política -los ciudadanos- deben poder elegir libremente las condiciones que les garanticen una mejor forma de vida, y que sus elecciones deben constituir la legitimación básica de la forma y la dirección de la colectividad.

El sistema democrático ha de propiciar la determinación de las decisiones públicas por los miembros igualmente libres de una comunidad política, por medio al ejercicio de la autonomía, tanto de los individuos como de la colectividad. Siendo así, el concepto de “autonomía” connota la capacidad de los seres humanos de razonar de forma consciente y de autodeterminarse, lo que implica la capacidad de deliberar, juzgar, elegir y actuar (o no actuar según el caso) siguiendo determinado curso de acción tanto en la esfera privada como en la esfera pública, y teniendo en cuenta el bien democrático o, lo que es lo mismo, el “bien común”.

El desarrollo de esferas autónomas de acción en los asuntos religiosos, sociales, políticos y económicos, constituyen la marca central de lo que significa gozar de la libertad y la igualdad. La autonomía del ciudadano puede estar representada por el haz de derechos del cual las personas pueden disfrutar gracias a su status de miembros libres e iguales de las comunidades particulares, es decir, como resultado de sus luchas por afirmar la posibilidad de su autonomía en su territorio y, por consiguiente, lograr la transición del absolutismo al Estado-nación democrático liberal, asumiendo el compromiso de tratar a los ciudadanos libres e iguales, abandonando las prácticas que lo quebrantan sistemáticamente la reproducción de las desigualdades de la vida cotidiana.

Creemos que en nuestra vida social existen áreas muy importantes en las que más que principios morales compartidos debe haber un acuerdo público compartido.

MIGUEL SUAZO - ASPECTOS MORALES EN LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO 30 DE LA CONSTITUCIÓN.

Las personas se mueven en espacios públicos y privados. Los **espacios públicos** constan de deberes de obligación colectiva (“deberes perfectos o de obligación perfecta”), tienen que ser respetados por todos, se fundamentan en los principios de justicia y no maleficencia, exigen imparcialidad y simetría entre todos y no admiten excepciones en el cumplimiento (por eso se norma y su incumplimiento se castiga: ética de mínimos). En los **espacios privados**, las personas se mueven con deberes imperfectos (no consensuados) que surgen de una decisión privada (ética de máximos), es propia de las religiones y admiten excepciones porque el compromiso es con uno mismo. La **ética** es un referente colectivo en la construcción del bien (espacio público), mientras que la **moral**

corresponde a una pluralidad de propuestas morales referentes a los cánones de la ética (espacio privado).

La bioética define los espacios y delimita lo moral de lo legal. En la definición de los espacios, la bioética asegura que cada cosa vaya a su lugar, que se cumpla y no se viole, por lo que reclama a los intervinientes respeto ante las diferencias, tolerancia ante los absolutos y deliberación para encontrar salidas satisfactorias para las mayorías en conflictos. En la delimitación de lo que es moral y es legal, deja claro sus puntos de convergencia y sus espacios propios de acción.

La preservación de la vida desde el comienzo hasta el fin es un referente colectivo en la construcción del bien. Debe estar consignada en la Constitución por ser ésta un espacio público. No puede incluir una propuesta moral de muchas existentes: cuándo comienza la vida. Por corresponder una propuesta moral al espacio privado (desde la concepción: deber imperfecto), corresponde a los estamentos legislativos establecer reglas válidas para todos participando el Estado como árbitro.

El artículo 30 deberá redactarse planteando que la tarea del estado es preservar la vida desde el inicio hasta el final. Posteriormente, el debate sobre la preservación de la vida y las excepciones a su cumplimiento, si es que existieran, deberá ser llevado a las leyes.

CONCLUSIONES

- No hay consenso universal de que la vida humana o la persona comienza con la concepción.
- La sociedad dominicana está compuesta por individuos con diversificación de valores, incluyendo religiosos, morales, éticos y sociales.
- La medicina occidental contemporánea parte del respeto a la autodeterminación del paciente y sus familiares o responsables. Así quedó consignado en la Ley General de Salud no. 42-01

promulgada por el Poder Ejecutivo en fecha 8 de marzo del 2001. En ese contexto, las decisiones que impliquen al feto deben tomarse según las preocupaciones sociales, religiosas, morales y éticas de estos. El médico debe involucrarse en la toma de decisiones médicas y éticas a través de un verdadero consentimiento informado.

-Un mandato constitucional no debe ser excluyente. Una ley, ante situaciones conflictivas de índole médico y moral, puede ser ambigua, silente o inmoral. El estado y los demás individuos no deben interferir en la libre elección individual de los planes de vida y adopción de excelencia humana. El estado debe limitar su participación a facilitar estos planes y a impedir la interferencia mutua en la persecución de estos objetivos.

-Las sociedades cambian y la ciencia también lo hace, sólo que esta última a un ritmo considerablemente mayor. La ética, aventajando a la ley, es más ajustable a esos cambios. En consecuencia, la bioética es un recurso invaluable y eficaz para el legislador.

-Los programas de fecundación asistida y de anticoncepción han demostrado beneficio médico y aceptación social en el tratamiento de la infertilidad y en políticas de salud pública, respectivamente, así como la interrupción del embarazo en ciertas situaciones traspasa las fronteras del dilema. Sin embargo, corren el riesgo de ser prohibidos de confirmarse la aprobación del artículo 30 con la frase “desde la concepción”.

-El artículo 30 deberá redactarse planteando que la tarea del estado es preservar la vida desde el inicio hasta el final. Posteriormente, el debate sobre la preservación de la vida y las excepciones a su cumplimiento, si es que existieran, deberá ser llevado a las leyes.

ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA
Junio 2009

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN LA REPÚBLICA DOMINICANA

Kimberly Almonte Cepeda*, Oscar Sánchez Ovalles*, Nelson Martínez-Rodríguez**, Carlos De los Ángeles*

*Hospital Psiquiátrico Padre Billini, Santo Domingo, República Dominicana.

**Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, Santo Domingo, República Dominicana

Correo: dra.almontedemartinez@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹, son muy pocas las personas que tienen acceso en todo el mundo a servicios de salud mental de calidad. Alrededor de 1,000 millones de personas en el mundo tienen un trastorno mental. En los países de bajos y medianos ingresos, más del 75% de las personas con enfermedades mentales no reciben tratamientos. La estigmatización, la discriminación y los atentados contra los derechos humanos de los enfermos mentales siguen siendo frecuentes. De acuerdo con el último análisis realizado respecto a la situación en salud mental y atención primaria en la República Dominicana, aproximadamente un 20% de los dominicanos sufre trastornos mentales, siendo la ansiedad el trastorno más frecuente (5.7%), seguido por la depresión (4.7%)².

El Plan Nacional de Salud Mental de la República Dominicana 2019-2021³, contempla una línea estratégica sobre la cobertura y el acceso a la atención en salud mental, destacando la importancia de evaluar las barreras que limitan el acceso a los servicios de salud.

En la República Dominicana, se ha integrado el componente de salud mental en la atención primaria, como parte del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés) de la OMS.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar el acceso a los servicios de salud mental en adultos de la República Dominicana, durante el mes de marzo del 2021.

Objetivos Específicos

- Describir el uso de los servicios de salud mental según el tipo de servicio, forma de asistencia, diagnóstico y manejo terapéutico.
- Conocer las barreras más comunes para acceder a los servicios de salud mental.
- Identificar las barreras que se asocian con el uso de servicios de salud mental.

MATERIALES Y MÉTODOS

-Diseño del estudio y participantes: se realizó un estudio descriptivo transversal en la República Dominicana en el mes de marzo del 2021, con una muestra por conveniencia de 541 participantes. La población de estudio incluyó a todos los participantes que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tener edad mayor o igual a 18 años, residir en la República Dominicana, dominar el idioma español y aceptar el consentimiento informado.

-Diseño del cuestionario: el instrumento de recolección de datos fue un cuestionario de selección múltiple compuesto por 3 secciones (características sociodemográficas, uso de

servicios de salud mental y la escala Barreras al Acceso a Servicios de Evaluación (BACE-20). Las variables sociodemográficas del estudio fueron: sexo, edad, estado civil, ocupación, nacionalidad, nivel educativo y religión. En cambio, las variables de resultado fueron el acceso a los servicios de salud mental y las barreras para el acceso a los servicios de salud, estas últimas medidas con la escala BACE-20.

-Procedimiento de recolección: los datos fueron recopilados de forma electrónica, a través de un cuestionario diseñado en Google Forms. El cuestionario fue difundido por las redes sociales de WhastApp, Telegram, Facebook e Instagram durante el mes de marzo del 2021.

-Análisis estadístico: Los datos recolectados fueron analizados utilizando el software GNU PSPV versión 1.4. Para describir el acceso a los servicios de salud y las barreras más comunes para su acceso, se utilizaron frecuencias y porcentajes. También, se empleó la prueba de hipótesis de chi cuadrado para identificar las barreras que se asocian con el acceso a los servicios de salud mental. Se tomó en cuenta un nivel de confianza del 95% y un error máximo del 5%, considerado un valor de $p \leq 0.05$ como estadísticamente significativo.

-Consideraciones éticas: se respetaron los principios bioéticos de autonomía, justicia, no maleficencia y beneficencia del Informe Belmont, incluyendo la aplicación de un consentimiento informado escrito de forma electrónica.

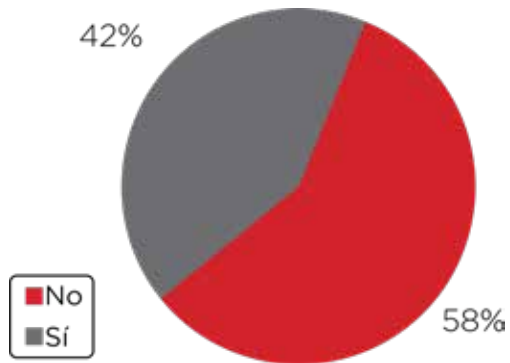
RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas más frecuentes de los participantes (n=541)

Característica	No.	%
Sexo Mujer	407	75.2%
Rango de edad 25 a 44 años	340	62.8%
Religión Católica	278	51.4%
Nacionalidad Dominicana	514	95.0%
Nivel educativo Universitario	327	60.4%
Estado civil Soltero	288	53.2%
Ocupación Empleado	372	68.8%

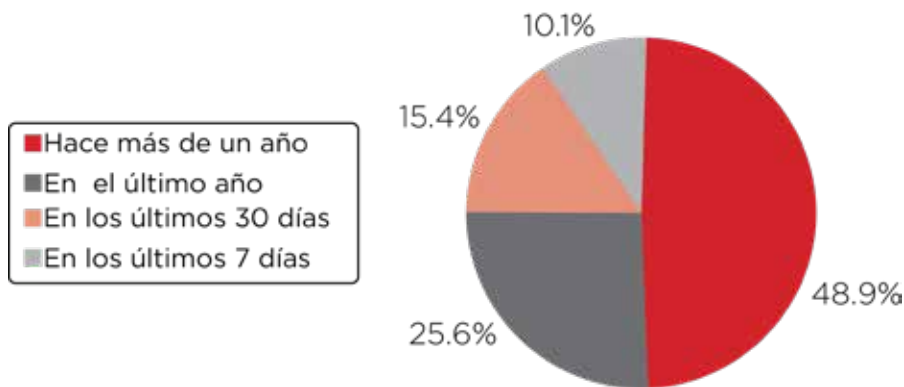
541 personas participaron en el estudio, siendo la mayoría mujeres (75.2%), con edades entre 25 a 44 años (62.8%), religión católica (51.4%), dominicanos (95%), universitarios (60.4%), solteros (53.2%) y empleados (68.8%).

Gráfica 1: Uso de servicios de salud mental en la República Dominicana (n=541).



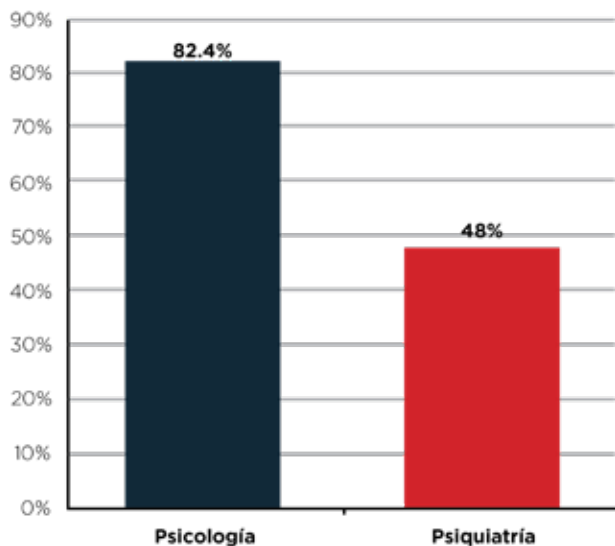
El 42% de la población estudiada utiliza los servicios de salud mental.

Gráfica 2: Última vez que utilizaron los servicios de salud mental (n=227).



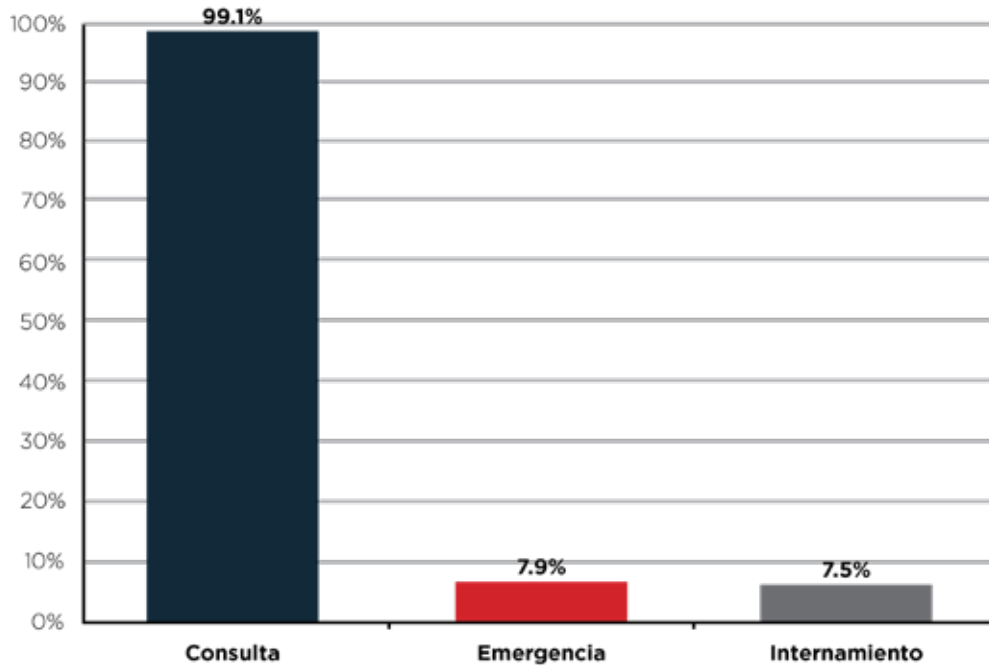
La mayoría de los usuarios (51.1%) han utilizado dichos servicios en el último año.

Gráfica 3: Tipo de servicio de salud mental utilizado (n=227).



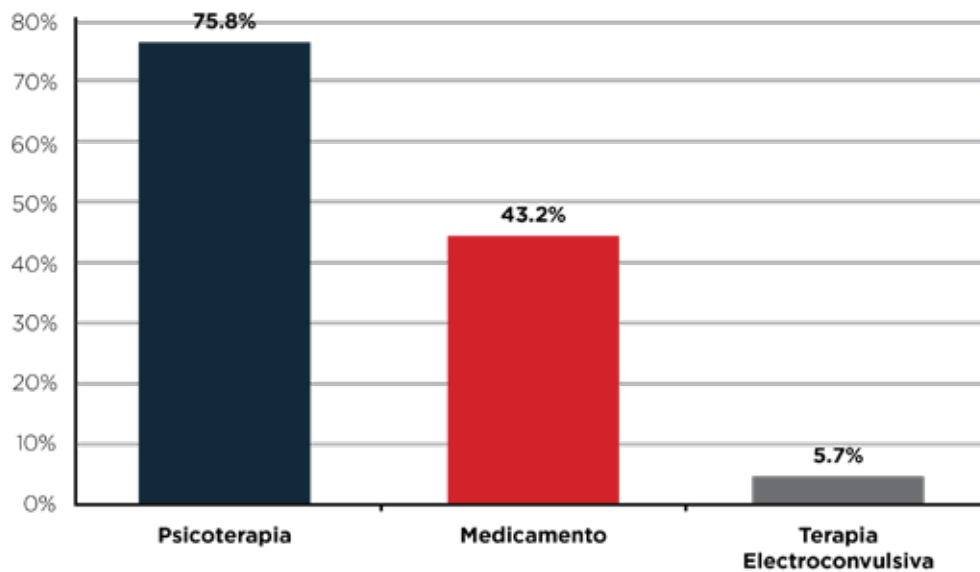
El tipo de servicio más utilizado fue psicología (87.2%) seguido por psiquiatría (48%).

Gráfica 4: Forma de asistencia de salud mental recibida (n=227).



Con respecto a la forma de asistencia, la más común fue la consulta (99.1%), seguido por emergencia (7.9%) y hospitalización (7.5%).

Gráfica 5: Manejo terapéutico recibido en los servicios de salud mental (n=227).



Los manejos terapéuticos recibidos fueron psicoterapia (75.8%), medicamentos (43.2%) y terapia electroconvulsiva (5.7%).

Tabla 2: Diagnósticos recibidos en los servicios de salud mental (n=227).

Diagnóstico	No.	%
Trastorno de Ansiedad Generalizada	106	46.7%
Trastorno Depresivo Mayor	74	32.6%
Trastorno del Sueño	58	25.6%
Intento Suicida	26	11.4%
Trastorno de Estrés Postraumático	19	8.4%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	13	5.7%
Trastorno del Animo Bipolar	9	3.9%
Esquizofrenia	2	0.9%

Los diagnósticos más comunes fueron trastorno de ansiedad generalizada (46.7%), depresión mayor (32.6%) y trastorno del sueño (25.6%).

Tabla 3: Barreras más comunes para el acceso a los servicios de salud mental en la República Dominicana (n=541).

Barrera	No.	%
Querer resolver el problema por mi cuenta	379	70.1%
No poder pagar los costos financieros involucrados	309	57.1%
Pensar que el problema mejoraría por mi cuenta	305	56.4%
No me gusta hablar de mis sentimientos, emociones o pensamientos	304	56.2%
Pensar que no tenía ningún problema	232	42.9%
Inquietudes sobre los tratamientos disponibles (por ejemplo, efectos secundarios de los medicamentos)	224	41.4%
Preocupación por lo que mi familia puede pensar, decir, hacer o sentir	221	40.9%
Sentirme avergonzado	220	40.7%
No tener a nadie que pueda ayudarme a obtener atención profesional	213	39.4%
Dificultad para ausentarme en el trabajo	208	38.4%

Las barreras más comunes para el acceso a los servicios de salud mental fueron: querer resolver el problema por cuenta propia (70.1%), no poder pagar los costos involucrados (57.1%), pensar que el problema mejoraría por cuenta propia (56.4%) y no gustarle hablar de sus pensamientos, emociones ni sentimientos (56.2%).

Tabla 4: Barreras asociadas con el uso de los servicios de salud mental (n=541)

Barreras	No Uso n=314 No. (%)	Uso n=227 No. (%)	Total No. (%)	Valor p
No poder pagar los costos financieros involucrados	156 (50.5)	153 (49.5)	309 (100)	p=0.000
Estar demasiado mal para pedir ayuda	107 (51.7)	100 (48.3)	207 (100)	p=0.018
Preocupación de que la gente que conozco se entere	85 (50.3)	84 (49.7)	169 (100)	p=0.014
Pensar que no tenía ningún problema	121 (52.2)	111 (47.8)	232 (100)	p=0.016

Las barreras que se asociaron con el uso de servicios de salud mental fueron: no poder pagar los costos involucrados ($p=0.000$), estar demasiado mal para pedir ayuda ($p=0.018$), preocupación de que le gente se entere ($p=0.014$) y pensar que no tenía ningún problema ($p=0.016$).

DISCUSIÓN

En esta investigación se determinó que los servicios de salud mental fueron utilizados por un 42% de los participantes. Estos hallazgos son similares a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental en Colombia, en la que el acceso a los servicios de salud mental fue de un 30.1% en adultos de 18 a 44 años, siendo las actitudes “no era necesario consultar”, “descuido” o “no querer asistir”, las barreras más frecuentes en los que no utilizaban los servicios⁴.

De igual forma, en el presente estudio se identificó que la barrera más común para el acceso a los servicios de salud mental fue querer resolver el problema por cuenta propia (70.1%), resultado coherente con otra investigación, que también identificó dicha barrera como la más frecuente en su país (58.3%). Este tipo de barrera es una barrera de actitud y es consistente con hallazgos descritos en la literatura científica, que demuestran que se necesitan acciones para

contrarrestar la connotación negativa que existe hacia las enfermedades mentales por parte de la sociedad⁵.

CONCLUSIONES

Solo un 42% de la población utiliza los servicios de salud mental. El tipo de servicio más utilizado fue psicología (87.2%) y la forma de asistencia más común fue la consulta (99.1%). El tratamiento recibido en mayor frecuencia fue psicoterapia (75.8%) y el diagnóstico indicado más común fue ansiedad generalizada (46.7%). La barrera más común para el acceso a los servicios fue querer resolver el problema por cuenta propia (70.1%).

Es importante tomar en cuenta las barreras de actitudes que dificultan el acceso a los servicios de salud, ya que es la única manera de educar a la población para que acceda a los servicios de salud de manera correcta.

REFERENCIAS

1-OPS. *Día Mundial de la Salud Mental 2020*. 10 de octubre 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-mental-2020>

2-Luciano D, Nadal E, Brito S, Negrete M, Contreras I. *Análisis de situación en salud mental y atención primaria en República Dominicana*. Society for Family Health (SFH/PSI), Ministerio de Salud Pública y Servicio Nacional de Salud. Santo Domingo, Rep. Dom. 2019.

3-Ministerio de Salud Pública. *Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019-2022*. Santo Domingo, Rep. Dom. 2019.

4-González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega Landaeta AP. *Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2016; 45(S1):89-95. Doi: 10.1016/j.rcp.2016.10.004

5- Campo-Arias A, Ceballos-Ospino GA y Herazo H. *Barriers to access to mental health services among Colombia outpatients*. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020; 66(6): 600-606. Doi: 10.1177/0020764020925105

NEUROPATÍA PERIFÉRICA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE IGG4: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco De la Rosa-Morillo¹, Violeta Rosario-Brito¹,
Patricia Biarreta¹.

¹Fisiosalud. Centro de Rehabilitación y Salud. Santo Domingo, República Dominicana.

RESUMEN

Antecedentes: la enfermedad relacionada con IgG4 es una enfermedad inflamatoria poco común que puede dañar muchos órganos, por lo que los criterios clínicos son importantes para su diagnóstico precoz. Suele ser seguido por diferentes especialistas, entre ellos el equipo rehabilitador. Los resultados de la rehabilitación en estos casos, hasta el momento, no se han descrito en gran medida.

Presentación del caso: mujer de 36 años con antecedentes alérgicos a los corticoides y un traumatismo inicial en la rodilla izquierda que causa hinchazón e inestabilidad. Fue tratada con artroscopía e inyecciones de plasma rico en plaquetas sin mejoría. Se recibe en una clínica multidisciplinaria y se le diagnostica enfermedad relacionada con IgG4. Se realizó evaluación inicial y tratamiento con fármacos biológicos y rehabilitación. Los resultados funcionales fueron deficientes, por lo que se necesitaron más cirugías debido a su rápida evolución. El reemplazo total bilateral de cadera y rodilla se realizó en un período de dos años y se necesitó un programa de rehabilitación integral para lograr una mejoría funcional. Durante la cirugía de reemplazo articular de cadera izquierda se encuentra infiltrado alrededor del nervio ciático que provoca una neuropatía severa del mismo. Conclusiones: La evaluación y el seguimiento multidisciplinarios e interdisciplinarios son

necesarios para la afectación articular de la enfermedad relacionada con IgG4. Los programas de rehabilitación, incluida la terapia acuática, son útiles para mejorar y mantener la función. El dolor neuropático y las lesiones nerviosas son un desafío en las fases postoperatorias agudas.

PALABRAS CLAVE

IGG4, enfermedad reumática, rehabilitación, terapia acuática, fisioterapia, tratamiento biológico.

ABSTRACT

Background: IgG4-related disease is a rare inflammatory disease that can cause damage to many organs. It is usually followed by many different specialists and clinical criteria is important for its early diagnosis. Rehabilitation outcomes have not been largely described.

Case presentation: 36 year-old female with a history of allergy to corticosteroids and an initial blunt trauma on her left knee, causing swelling and instability, treated with Arthroscopy and Platelet rich plasma injections with no improvement is received in a multidisciplinary setting and diagnosed with IgG4 related disease. Started biological drugs and rehabilitation assessment and treatment. Functional outcomes were poor so further surgeries were needed due to its rapid evolution. Bilateral total hip and knee

CASO CLÍNICO

replacement were performed in a two-years period and a comprehensive rehabilitation program was needed to gain functional improvement. During the Left total hip replacement an infiltrative mass is found around the Sciatic nerve causing a severe neuropathy.

Conclusions: Multidisciplinary and interdisciplinary assessment and follow up is necessary to IgG4 related disease joint affection. Rehabilitation programs including aquatic therapy are useful to improve and maintain function. Neuropathic pain and nerve damage represents a challenge in acute postoperative phases.

KEYWORDS

IgG4, rheumatic disease, rehabilitation, aquatic therapy, physical therapy, biological treatment

INTRODUCCIÓN

La enfermedad relacionada con IgG4 (IgG4-RD) es una afección inmunomediada asociada con lesiones fibroinflamatorias que pueden ocurrir en muchos órganos¹. La afectación de nervios periféricos y el daño articular no se describen en la literatura tanto como el páncreas, riñón, pulmón, saliva y la afección de las glándulas lagrimales. El sistema nervioso central y periférico puede verse afectado por esta enfermedad^{2,3}. Puede ocurrir artritis de cadera y rodilla a causa de IgG4-RD, por lo que el reemplazo total de la articulación es una opción para recuperar la funcionalidad.

La cirugía de reemplazo total de articulaciones es una alternativa al daño articular severo que no responde al tratamiento conservador. Los reemplazos de cadera y rodilla son los que se realizan con más frecuencia en los Estados Unidos y las cifras siguen aumentando⁴. La osteoartritis es la causa más común de reemplazo

total de articulaciones. Aunque las enfermedades inflamatorias son la segunda causa, siguen disminuyendo debido a los nuevos fármacos biológicos en el tratamiento de muchas de estas enfermedades inflamatorias⁵. Los beneficios de la rehabilitación preoperatoria y posoperatoria son bien conocidos. La terapia acuática se tolera muy bien y ayuda durante el entrenamiento de la marcha y aumenta la condición física general del paciente^{6,7}.

Los pacientes con artroplastia total de cadera pueden experimentar neuropraxia del nervio ciático debido al estiramiento intraoperatorio, pero los infiltrados relacionados con IgG4 que rodean este nervio son una causa importante de dolor neuropático después de la resección de esta lesión durante la cirugía^{7,8}. lo que requiere una técnica quirúrgica adecuada y preparación por parte del cirujano. Esto se convierte en un problema muy importante, así como un objetivo desafiante para el especialista en rehabilitación en el postoperatorio y debe realizarse mediante una evaluación multidisciplinaria.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad con antecedentes médicos conocidos de enfermedad por depósito de IgG4 y alérgicos a corticosteroides, en tratamiento con Etanercept por periodo de 1 año, además de reemplazo total de rodillas y caderas, secundario a daño articular generado por la condición, y que no mejoraba ante tratamiento conservador.

La paciente tenía una vida plenamente funcional hasta agosto 2017 cuando, luego de un trauma contuso a la rodilla izquierda, se diagnostica por Ortopedia como lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) que es tratado con cirugía de autoinjerto, con fallo subsecuentes de injertos de isquiotibiales y tendón patelar.

Es enviada a nuestra consulta para manejo por rehabilitación, donde se decide evaluar trasfondo autoinmune junto a reumatología diagnosticándose la enfermedad por depósito de IgG4.

Luego de una progresión agresiva a pesar de tratamiento con fármacos biológicos, la paciente deriva en múltiples cirugías de reemplazo articular, donde adicionalmente se identifica durante las cirugías de reemplazo de caderas, infiltrado linfocítico en nervio ciático que provoca limitación para la dorsiflexión del tobillo de manera bilateral. La resección quirúrgica es recomendada, mejorando el dolor sustancialmente, no así la función que mejora parcialmente. El uso de ortesis de pie y tobillo (AFO) es necesaria. Terapia física y acuática son realizadas de forma rutinaria.

INFILTRADO LINFOCÍTICO ALREDEDOR DEL NERVO CIÁTICO DERECHO



Fuente: Propiedad del autor

INTERVENCIÓN/TRATAMIENTO

La paciente recibe esquema de medicación con gabapentina 300mg TID, tapetandol 100mg TID, metotrexato 20mg semanales, micofenolato mofetil 3 gramos OID, etanercept como tratamiento biológico y parecoxib 40mg IM PRN.

Realiza terapia física 3x/semana, así como terapia acuática 2x/semana, siendo esto solo suspendido durante los periodos inmediatos previos a las cirugías. Durante la agudización de los síntomas de dolor en ambas caderas se identifica la afectación de la función del tobillo, en relación a neuropatía del ciático por lo que es recomendado a cirugía ortopédica para resección quirúrgica. El drenaje linfático manual y el uso de vendaje neuromuscular en la fase aguda de recuperación y en los periodos de exacerbación de los síntomas fueron las herramientas principales del manejo en terapia física. Ha sido necesario utilizar un AFO dinámico para el MII por haber demorado más en resecarse.

Por la experiencia previa, la lesión ciática derecha es identificada y tratada de forma oportuna, lográndose un mejor resultado. Se reinicia rehabilitación temprana inmediatamente.

DISCUSIÓN

El tratamiento ideal para la condición descrita es el uso de corticosteroides^{10,11}. Al no poder utilizarlo en esta paciente por el antecedente alérgico, el curso agresivo de la condición no se hizo esperar. La alternativa con medicamentos biológicos es una medida que logra controlar los valores de la condición, sin embargo, no queda demostrado si la aparición del infiltrado en diferentes regiones del organismo, incluido los nervios periféricos también logra mejorar.

CASO CLÍNICO

La intensidad del ejercicio terapéutico debe ser controlada y realizada a tolerancia. No hay evidencia de que esto pueda empeorar el curso de la condición, aunque la terapia acuática es más tolerable para estos pacientes en cuanto a lograr objetivos como mejoría de dolor, ROM y tolerancia al ejercicio.

En cuanto a los factores contextuales, cabe mencionar que la paciente contó con facilitadores tales como acceso a los servicios de salud requeridos, financiamiento por su aseguradora para los servicios de rehabilitación y apoyo familiar constante. A pesar de haber cambiado trascendentalmente su calidad de vida y sus actividades habituales, la paciente logró mantener una actitud resiliente en todo momento.

CONCLUSIÓN

Cuando los corticosteroides no se utilizan en la artritis relacionada con IgG4, podría tener una progresión rápida incluso cuando se instale un tratamiento biológico con Etanercept. La terapia acuática se tolera bien combinada con la fisioterapia. Esto ayuda a mejorar el dolor y la función luego de reemplazos articulares.

La neuropatía del ciático secundario al infiltrado por la enfermedad por IgG4 es un reto adicional que debe estar en mente del fisiatra al evaluar estos pacientes y orientar al cirujano sobre qué esperar al momento de abordar quirúrgicamente estos pacientes. La preparación prequirúrgica es vital para el mejor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Kamisawa, T., Zen, Y., Pillai, S., & Stone, J. H. (2015). IgG4-related disease. *The Lancet*, 385(9976), 1460-1471.
2. AbdelRazek, M. A., Venna, N., & Stone, J. H. (2018). IgG4-related disease of the central and peripheral nervous systems. *The Lancet Neurology*, 17(2), 183-192.
3. Wallace, Z. S., Naden, R. P., Chari, S., Choi, H. K., Della-Torre, E., Dicaire, J. F., Hart, P. A., Inoue, D., Kawano, M., Khosroshahi, A., Lanzillotta, M., Okazaki, K., Perugino, C. A., Sharma, A., Saeki, T., Schleinitz, N., Takahashi, N., Umehara, H., Zen, Y., Stone, J. H., ... Members of the ACR/EULAR IgG4-RD Classification Criteria Working Group (2020). The 2019 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for IgG4-related disease. *Annals of the rheumatic diseases*, 79(1), 77-87. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216561>
4. Singh, J. A., Yu, S., Chen, L., & Cleveland, J. D. (2019). Rates of total joint replacement in the United States: future projections to 2020-2040 using the National Inpatient Sample. *The Journal of rheumatology*, 46(9), 1134-1140.
5. Singh JA, Vessely MB, Harmsen WS, Schleck CD, Melton LJ 3rd, Kurland RL, et al. A population-based study of trends in the use of total hip and total knee arthroplasty, 1969-2008. *Mayo Clin Proc* 2010;85:898-904
6. L. Snell, D., Hipango, J., Sinnott, K. A., Dunn, J. A., Rothwell, A., Hsieh, C. J., ... & Hooper, G. (2018). Rehabilitation after total joint replacement: a scoping study. *Disability and rehabilitation*, 40(14), 1718-1731.
7. Mistry, J. B., Elmallah, R. D., Bhave, A., Chughtai, M., Cherian, J. J., McGinn, T., ... & Mont, M. A. (2016). Rehabilitative guidelines after total knee arthroplasty: a review. *The journal of knee surgery*, 29(03), 201-217.
8. Zhan, Z., Lao, M., Yang, Z., Chen, D., & Yang, X. (2018). Immunoglobulin G4-Related Disease Presenting as Bilateral Arthritis of the Hip Joints. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 24(7), 398-401.
9. Ando, W., Yukioka, F., Yamamoto, K., Koyama, T., Hashimoto, Y., Yasui, Y., ... & Ohzono, K. (2018). Immunoglobulin G4-related disease of the hip. *Orthopedics*, 41(6), e876-e879.
10. Baptista, B., Casian, A., Gunawardena, H., D'Cruz, D., & Rice, C. M. (2017). Neurological manifestations of IgG4-related disease. *Current Treatment Options in Neurology*, 19(4), 14.
11. Khosroshahi, A., Wallace, Z. S., Crowe, J. L., Akamizu, T., Azumi, A., Carruthers, M. N., ... & Hart, P. A. (2015). International consensus guidance statement on the management and treatment of IgG4-related disease. *Arthritis and Rheumatology*, 67(7), 1688-1699

SÍNDROME DE TOURETTE: CUANDO LOS TICS SÓLO SON LA PUNTA DEL ICEBERG

Autoras: Jessica S. Montenegro **, Illiane M. Pritsiolas**, Claudia Rodríguez*

**Médicos Residentes de Psiquiatría del Hospital Santo Tomás, Panamá

*Médico Paidopsiquiatra del Hospital Del Niño Dr. José Renán Esquivel, Panamá

RESUMEN

Caso clínico de paciente femenin de 10 años quien inició con un cuadro “súbito” de un mes de evolución de parpadeo frecuente y movimientos involuntarios arrítmicos de extensión y flexión cervical y de extremidades derechas; además de producción de sonidos guturales y coprolalia. Durante entrevistas sucesivas se obtuvo información adicional que aportó varios años de evolución de síntomas no mencionados, incluidas conductas compulsivas y múltiples factores estresores en la dinámica familiar. Se realizaron un abordaje y tratamiento integrales para trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados, junto con las comorbilidades encontradas y estresores psicosociales. Este caso tiene como objetivo mostrar que en el síndrome de Tourette los tics pueden sólo ser la punta del iceberg de una gran cantidad de síntomas por abordar para poder aliviar el sufrimiento del paciente.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Tourette, tics, trastorno obsesivo compulsivo, coprolalia, copropraxia.

ABSTRACT

Clinical case of 10-year-old female who suddenly began with one month of frequent blinking and involuntary arrhythmic cervical and right limbs extension and flexion movements; in addition to producing guttural sounds and coprolalia. During successive interviews, additional information was obtained that evidenced several years of symptoms not mentioned before such as, compulsive behaviors and multiple stressors in family environment. Comprehensive approach and treatment were carried out for combined multiple motor and phonatory tic disorder, comorbidities and psychosocial stressors. This case aims to show that in Tourette syndrome, tics can represent only the tip of the iceberg that encloses an extended number of symptoms to be addressed in order to alleviate the patient's suffering.

KEYWORDS

Tourette Syndrome, tics, Obsessive Compulsive Disorder, coprolalia, copropraxia.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados tiene una prevalencia del 1%, con un amplio rango de gravedad y comorbilidades asociadas. En las últimas dos décadas,

los esfuerzos de estudios se han interesado en comprender la compleja genética del síndrome y asociaciones específicas sobre causas multifactoriales. Como objetivos planteamos describir la compleja sintomatología de un caso de síndrome de Gilles de la Tourette, evaluar los factores

CASO CLÍNICO

estresores y comorbilidades, y reconocer la importancia de realizar una adecuada historia clínica y evaluación integral del paciente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Este caso fue observado en el Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel en ciudad de Panamá, la historia fue tomada a partir de entrevistas sucesivas.

Se trata de o de 10 años sin antecedentes de enfermedad mental. Fue traída por sus padres, quienes refirieron aproximadamente un mes de evolución de cuadro “de inicio súbito” caracterizado inicialmente por parpadeo frecuente del ojo derecho, involuntario, y cuatro días de evolución de movimientos involuntarios de extensión y flexión del cuello, brazos y piernas de predominio derecho, con autolesiones “accidentales” y lesiones a terceros ocasionales debidas a estos movimientos. Indicaron que además cursó con producción de sonidos involuntarios de tipo gutural, aclarar la garganta, decir sílabas o vocales, y con coprolalia ocasional en inglés y español. Por estos síntomas fue traída por atención a urgencias y hospitalizada en sala de Medicina en el Hospital del Niño.

La paciente refirió que, desde los seis años, al iniciar su educación primaria, empezó a exigirse mucho a sí misma en varios ámbitos, incluyendo académico, actividades extracurriculares y tareas del hogar: “debo hacer todo bien” “obtener las mejores notas”; indicó que se sentía ansiosa al creer que obtendría una mala calificación.

Agregó además dos años de evolución de compulsiones: evita pisar las líneas del suelo y cuenta los pasos ya que debe “caer en un paso par”, además si inicia a caminar por una rotonda del colegio, tiene que terminar toda la vuelta para

luego seguir con lo que planeaba hacer, si no realiza estos rituales se siente “ansiosa”.

Los padres identificaron como factor estresor una discusión que sostuvieron en presencia de la paciente, seis meses previos al inicio del cuadro clínico, con salida del padre de la casa por dos semanas y actitud de la paciente de “aconsejar a la madre”. Además, la paciente reconoció como otro factor estresor el inicio de la pandemia asociado a las clases virtuales ya que le ha dificultado la comprensión de Matemáticas.

En la evaluación inicial la paciente cursó alerta, consciente, regular cooperación a la entrevista, con adecuado arreglo y aseo personal, facie indiferente, realizó contacto visual ocasional, inquieta, con actitud regresiva por momentos, con sobrepeso, sin otras observaciones relevantes al examen físico. Orientada auto y alopsíquicamente. Sin alteraciones mnésicas. Con movimientos constantes de las piernas; movimientos súbitos, repetitivos, arrítmicos, de extensión y flexión del cuello y brazo derecho, con aplausos ocasionales. Normoproséxica, poco comunicativa, timbre de voz bajo audible y buena dicción. Con coprolalia súbita en inglés y español durante la entrevista, y producción de vocales y sonidos guturales al inicio y hacia el final de la entrevista. Pensamiento coherente, no se captan ideas delirantes. Con idea obsesiva de “hacer todo bien”, negó ideas de muerte e ideación suicida. Negó alteraciones sensorio-perceptuales. Humor ansioso al inicio de la entrevista, posteriormente indiferente, con afecto acorde. Juicio crítico alterado, poco interés en su condición.

Pruebas de gabinete: sin alteraciones en estudios y evaluaciones realizados por Pediatría General y Neurología, incluyendo hemograma completo, química general, pruebas de función tiroidea, PCR, complemento (C3 y C4), anti estreptolisina O, Tomografía cerebral simple y electroencefalograma.

Con respecto a la dinámica familiar vive junto a sus padres y su hermana de 12 años en un apartamento. Indicó que el vínculo más cercano y de confianza es con su hermana; mencionó problemas en la relación entre los padres en enero 2020, con discusión presenciada por ella y salida del padre del hogar por dos semanas; con posición parentalizada de la hija al “aconsejar a la madre” y decirle que “no le molestaba que se separaran, quiere que sean felices”. Negó violencia física, verbal o sexual. La crianza fue por ambos padres, con roles confusos, la madre consulta sobre temas de adultos a la paciente (separación o no del padre). Los castigos son infrecuentes. En las evaluaciones impresiona sobreprotección.

En las primeras entrevistas el centro del discurso familiar eran los síntomas motores y fonatorios de inicio súbito; la paciente cursaba muy sintomática con tics motores y fonatorios, y ansiedad asociada, poco comunicativa, con una aparente indiferencia hacia su condición durante las entrevistas. Se observó en la primera intervención una dinámica madre - hija que impresionaba poca validación de los sentimientos de la paciente por parte de la madre al describir que su hija era víctima de “bullying” en la escuela pero que esto probablemente no era considerado por la paciente como algo importante.

En entrevistas posteriores se pudo obtener datos que sugerían, además del trastorno por tics, síntomas obsesivos compulsivos de varios años de evolución. La paciente cursó más comunicativa y pudo describirlos como se menciona en la historia. Lograron identificar algunos factores estresores principalmente centrados en las “autoexigencias” de la paciente, el bullying en la escuela, el distanciamiento de las amistades, y posteriormente con un aporte de un factor psicoestresor en la dinámica familiar,

con preocupación por la paciente de ser responsable de la infelicidad de sus padres al percibir que seguían juntos por su causa en lugar de divorciarse.

Durante las entrevistas se pudieron observar tics motores y fonatorios, simples y complejos, incluyendo coprolalia en tres idiomas (español, inglés y coreano) y copropraxia, que se exacerban cuando la paciente se torna ansiosa. Se diagnosticó trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados, trastorno obsesivo compulsivo con predominio de compulsiones, disputas intrafamiliares entre los adultos y comunicación intrafamiliar inadecuada. Se inició en la hospitalización el tratamiento farmacológico con risperidona para los tics y sertralina para el trastorno obsesivo compulsivo, con mejoría progresiva de los síntomas, sin efectos adversos.

En el seguimiento ambulatorio se observó mejoría de síntomas, se abordaron estresores con la paciente y se identificaron áreas de intervención: apoyo en matemáticas por dificultad en la comprensión durante clases virtuales, realizar actividad física y de ocio, con orientación hacia el padre al respecto y con planes de seguimiento. La paciente cursó con exacerbación de tics e incluso autolesiones durante un evento estresor aislado (colisión en calidad de pasajera mientras su padre conducía y se quedó dormido al volante). En dicha cita se evidenció que no se llevaron a la práctica las recomendaciones sugeridas al padre y la paciente.

Actualmente se encuentra en manejo con risperidona 1 mg VO hora sueño y sertralina 50 mg VO cada día.

CASO CLÍNICO

DISCUSIÓN

Al evaluar este caso se puede realizar la comparación con la imagen de un iceberg, en el cual los tics fonatorios y motores representaban la parte visible del mismo, pero al explorar el área no visible se encontraron síntomas obsesivos y compulsivos, bullying en la escuela, alteración en la dinámica familiar, entre muchos otros.

Los tics, como mencionan Martin, Bloch y Volkman (2017), son movimientos o sonidos efectuados de forma súbita, arrítmicos, son carentes de objetivo, recurrentes, involuntarios o como respuesta a un impulso irresistible. Pueden ser motores simples (involucran un grupo muscular) o complejos (varios grupos musculares involucrados, ecopraxia, copropraxia), fonatorios simples (sonidos con la nariz, boca, labio, garganta) o complejos (palilalia, ecolalia, coprolalia). Según su tiempo de evolución y características se clasifican en trastorno de tics transitorios, trastorno de tics crónicos motores o fonatorios, trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette) y trastorno de tics no especificado.

Como mencionan Cardoze y Amaya (2005), se asocian a dificultades en la aceptación social o desempeño de los afectados, similar a lo ocurrido en este caso.

Por el tiempo de evolución de la paciente mayor de 12 meses y por presentar ambos tipos de tics (fonatorios y motores), consideramos que se trata de síndrome de Gilles de la Tourette, el cual se define como una forma de trastorno de tics en que se presentan tics motores múltiples y uno o más fonatorios, aunque no necesariamente juntos. Se presentan muchas veces al día, casi todos los días, durante más de un año, sin ningún período de remisión durante ese año superior a dos meses. Con inicio antes de los 18 años. (Martin, Bloch y Volkman, 2017).

Las comorbilidades más frecuentes descritas por diversos autores como Gloor y Walitza (2016) y Stern (2018), incluyen trastorno por déficit de atención e hiperactividad entre 20 a 90 % de los casos, trastorno obsesivo compulsivo entre 11 y 80 %, trastorno de ansiedad, trastornos del sueño, trastorno del espectro del autismo, dificultades en el aprendizaje, deficiencias en habilidades sociales. La paciente presentó trastorno obsesivo compulsivo comórbido con el trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados. Además, se encuentra en la edad mencionada por estos autores en la que la mayoría de los pacientes son diagnosticados y existe máxima severidad de los tics (8 a 12 años).

Para efectuar un diagnóstico diferencial se requiere una adecuada historia clínica y examen mental, con seguimiento adecuado; valoración de los factores psicosociales estresores, comorbilidades, pruebas de gabinete según se considere. Como menciona la literatura, Sadock, Sadock y Ruiz (2015), la Sociedad Americana de Psiquiatría (2014), y múltiples autores ya citados, se debe analizar si existe alguna enfermedad neurológica con movimientos anormales, manierismos, discinesias paroxísticas por sustancias, movimientos estereotipados, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad y trastorno de tics con sus diferentes tipos.

En este caso se realizaron entrevistas, evaluaciones médicas con el apoyo de Pediatría y Neurología con estudios de gabinete; se descartaron otras patologías y se diagnosticó: trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados, trastorno obsesivo compulsivo con predominio de compulsiones, disputas intrafamiliares entre los adultos, y comunicación intrafamiliar inadecuada.

Se orientó para realizar la intervención global del comportamiento para tics además de los psicofármacos descritos, con mejoría del cuadro. Como mencionan Woods, Piacentini y Walkup (2017), en esta intervención se busca el reconocimiento de los tics y sensaciones premonitorias en el paciente, para desarrollar una conducta incompatible con el tic como estrategia, mediante el registro por parte del paciente y sus cuidadores.

CONCLUSIÓN

El abordaje de un paciente con trastorno de tics requiere la realización de entrevistas que permitan observar las características y psicoestresores asociados. El síndrome de Tourette es más que tics combinados, es una constelación de síntomas y puede acompañarse de comorbilidades que dificulten su manejo, por lo cual el equipo tratante debe plantear una estrategia integral.

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, quinta edición. Editorial Médica Panamericana.
2. Cardoze, D., Amaya, M.S. (2005). *Texto Básico de Psiquiatría Pediátrica*. Editorial Universitaria: 503-09.
3. Gloor, F., Walitza, S. (2016). *Tic Disorders and Tourette Syndrome: Current Concepts of Etiology and Treatment in Children and Adolescents*. *Neuropediatrics*. Doi: 10.1055/s-0035-1570492.
4. Martin, A., Bloch, M.H., Volkmar, F. (2017). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Fifth Edition. *Tic and Motor Disorders*: 534-48.
5. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría*. *Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica*. Kaplan & Sadock. Wolters Kluwer.
6. Stern JS. (2018). *Tourette's syndrome and its borderland*. *Pract Neurol*. Doi: 10.1136/practneurol-2017-001755. Epub 2018 Apr 10. PMID: 29636375.
7. Woods, D., Piacentini, J., Walkup, J. (2017). *Intervención Global de Comportamiento para Tics*. *Tourette Association of America*.

PRESCRIPCIÓN ÉTICA: LA DELICADA RELACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Autor: Dr. Ricardo Elias Melgen

Investigador asociado del Centro Nacional de Investigación en Salud Materno Infantil Dr. Hugo Mendoza (CENISMI); miembro de la Comisión Nacional de Bioética (CNB) reliasmelgen@yahoo.es

“Adam, joven estudiante de Medicina, recién casado y en apuros económicos, acepta trabajar de vendedor en una poderosa empresa farmacéutica con profunda penetración en el mundo de la Medicina. Pero Adam aún habrá de descubrir hasta qué extremos alucinantes llega el control de la empresa en la profesión médica...”.

(La manipulación de las mentes, Robin Cook. 1985)

Es incuestionable la importancia de la industria farmacéutica en el desarrollo de nuevos medicamentos para mejorar la calidad de vida y restablecer la salud de las personas; pero existe una estrecha y delicada relación con los profesionales de la salud, que puede llevar de uno y otro extremo a conflictos de interés, en el que el perjudicado final puede ser el paciente.

La selección de un medicamento por parte del médico es un acto complejo y puede estar influido directa o indirectamente por la opinión de colegas, publicaciones científicas y sobre todo por estrategias de mercadeo y actividades de promoción que realiza la industria farmacéutica; esta práctica de promoción influye en los patrones de prescripción del médico y en el consumo de medicamentos, pudiendo generar conflictos de intereses que alteren la decisión clínica. (Castresana, L 2005)

La alta interacción entre la industria farmacéutica y médicos ha sido documentada ampliamente y fue evidenciada entre médicos residentes de diferentes residencias médicas de la República Dominicana (Elias Melgen, R. 2020), el 55.8% de los encuestados reportaron que habían recibido una visita semanal de un representante

farmacéutico y el 49.4% recibieron un obsequio al menos 5 veces al año.

Igualmente, al menos 5 veces por año, el 48.1% de los encuestados refirió haber participado en comida, cena u otro evento social, el 57.1% refirió haber participado en charla financiada por empresa farmacéutica y el 40.3 % recibieron una vez al año el pago por parte de la industria farmacéutica, de inscripción/ viaje a algún evento (congreso, jornada, etc.).

Otro dato importante de la citada encuesta realizada en el país es que apenas el 20.8% de los encuestados están de acuerdo en que los regalos/propuestas de la industria farmacéutica influyen en la prescripción de los medicamentos y el 45.4% considera bien el aceptar pago de eventos, el 63.6% refirieron que en su residencia se suelen aceptar regalos y ofertas y el 89.6% no ha tenido un espacio formativo sobre relaciones con la industria farmacéutica.

Es importante insistir en la necesidad de actuar reconociendo la existencia de estos conflictos de intereses y de que los médicos, en especial aquellos en formación, son susceptibles de ser influidos por las estrategias de mercadeo de la

REFLEXIONES BIOÉTICAS

industria farmacéutica, fijándose patrones de prescripción que luego es difícil de modificar. (González-Rubio R 2019)

Los aspectos relacionados con la transparencia de la promoción farmacéutica son regulados en varios países, estableciendo que la industria farmacéutica no debe condicionar ni incentivar a los médicos mediante prácticas poco éticas, ya sea ofreciendo cursos, viajes, premios, regalos u otros. (Novoa, A. 2013)

Se han reportado casos donde médicos y representantes de empresas farmacéutica han sido sancionados judicialmente por haber compensado ilícitamente a los médicos que accedieron a recomendar la prescripción de los productos de la compañía, en desmedro de otros; la investigación judicial determinó que los representantes de la empresa utilizaban un sofisticado sistema computacional para obtener datos de las prescripciones a partir de las ventas en farmacias para posteriormente compensar a los médicos. (Salas, S. 2006)

Independientemente del interés económico que tenga la industria farmacéutica, es el médico quien no puede perder de vista que su compromiso es con el bienestar del paciente y no con la industria farmacéutica. Se debe tener muy claro, que el principal compromiso ético del médico consiste en prestar a sus pacientes, y con el consentimiento de estos, el mejor servicio que sea capaz, tal como dictan la ética profesional y el buen juicio clínico; esto incluye y exige actuar con la responsabilidad que viene de la mano con la libertad de prescripción.

REFERENCIAS

Castresana L, Mejia R, Aznar M. Actitud de los médicos frente a las prácticas de promoción de la industria farmacéutica. *MEDICINA* 2005;65:247-251. Disponible en: <http://www.medicinabuenaosaires.com/demo/revistas/vol65-05/3/ACTITUD%20DE%20LOS%20MEDICOS%20FRENTE%20A%20LAS%20PRACTICAS%20DE%20PROMOCION.pdf>.

Eliás Melgen R, Mota Curiel C. Relación de la industria farmacéutica con los médicos residentes de la República Dominicana. *Ciencia y Salud*, Vol. IV, No. 3, septiembre-diciembre, 2020. Disponible en: <https://revistas.intec.edu.do/index.php/cisa/article/view/1921>

González-Rubio R et al. Industria farmacéutica y formación sanitaria especializada: percepciones de los MIR en Madrid *Gac Sanit.* 2019;33(2):112-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301954>

Novoa A. De cómo corrompe la industria a los médicos. 2013. Disponible en: <http://www.nogracias.org/2013/03/20/de-como-corrompe-la-industria-a-los-medicos/>

Salas S et al. Conflictos de intereses en la práctica clínica. Análisis ético de algunas relaciones con la industria. *Rev Méd Chile* 2006;134:1576-82. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200014

La regulación de las profesiones sanitarias en República Dominicana

Autor:

Dr. Herbert Stern

Médico oftalmólogo, historiador

Desde la fundación de nuestra nación (1844) el ejercicio de las profesiones sanitarias ha sido regulada. En sus inicios, fueron los ayuntamientos quienes autorizaban a las farmacias a operar y a los médicos a ejercer, promulgando reglamentos para la regulación sanitaria en 1846 y 1857.

Fue a partir de la promulgación de la Ley 36, del 23 de mayo de 1882, cuando se estable el Juro Médico Dominicano como organismo gubernamental regulador del ejercicio de las profesiones sanitarias en nuestro país, herencia del Jure Medical Haitiano. El presidente del Juro Médico desde la promulgación de la ley fue el doctor Juan Bautista Alfonseca (fallecido en 1900); le sustituyó el Licdo. Rafael Delgado y se nombró secretario al Dr. Luis M. Betances; fueron vocales los doctores Salvador Gautier, Ramón Baez y Ernesto Lyon, así como los Licdos. Manuel Mallén, Alfredo Rodríguez y Virgilio Lamarche.

En 1882 se emitió un reglamento para el Juro Médico que incluía, por primera vez, a un boticario. De igual forma, establecía con claridad que nadie podía dedicarse a la profesión de Boticario o Farmacéutico sin el título correspondiente. En ese reglamento se prohibía a los profesionales de la medicina o la cirugía establecer boticas, regentearlas ni expender medicamentos bajo pretexto alguno, a menos que se encontrasen en una población o lugar en donde no existan boticas; entonces les podían suministrar a los enfermos aquellas medicinas indispensables para su curación.

En 1883 el Juro Médico impidió el ejercicio profesional del doctor Juan Justo Osorio, quien se dedicaba a la Medicina General y Oftalmología en Santiago de los Caballeros. Tanto el doctor Osorio como el Licdo. Savarit, publicaron anuncios en la prensa en noviembre del 1883, luego de que el representante del Juro Médico, doctor Eusebio Pons aprobara sus documentos. Esos médicos provenían de Cuba y España.

También se registra, gracias a los reportes del Juro Médico, que en 1887 vinieron un grupo de médicos ingleses a trabajar en la provincia de Sánchez. De ellos, el más importante fue el doctor Joseph Eldon, quien residió por largo tiempo en nuestro país.

En cuanto al ejercicio de la profesión médica, el Juro Médico en su reporte del 1901 hace escasa referencia a la situación de la ciudad de Santo Domingo. Sin embargo, se aprecia mucho detalle en las provincias. En particular, el doctor Morin de Aragón, médico español radicado en Moca y quien era delegado del Juro Médico en la provincia Espaillat, se quejaba de las terribles condiciones en que se encontraban los servicios médicos y de la presencia de “curanderos, brujos, adivinos, mediums, curiosos, parteras ad hoc y expendedores de medicinas oficinales y de patentes, en toda pulpería, tienda o garita de pueblos y campos”. Lo peor era la actitud desafiante de esos personajes y la dejadez de las autoridades para hacer cumplir la Ley.

En Samaná existía un solo médico, el doctor Bienvenido Pou, que era a su vez el delegado del Juro Médico. En Sánchez solo había un médico titular, el doctor Alberto Gautreau, y en Sabana de la Mar un Farmacéutico, el Lic. Francisco Lizardo. En la Provincia de Barahona ejercían el doctor Francisco González y el doctor Salustiano Fanduz. En la Provincia Duarte estaban registrados en 1901 los doctores Juan Justo Osorio, Luis Corona, Rafael Pérez y Ramón Rosas.

En la Provincia de La Vega, una de las más grandes de aquel entonces, solo había cuatro médicos y un farmacéutico. Fueron los doctores Narciso Alberti, que era el Delegado Provincial del Juro Médico, Emiliano Espaillat, Felipe Biondi y Joseph Eldon. El farmacéutico era el doctor Francisco Acosta. Hay que resaltar los extraordinarios esfuerzos desplegados por el doctor Alberti para corregir la terrible situación sanitaria, sobre todo en cuanto a las ventas de medicamentos en cualquier establecimiento de la Provincia.

La Ley de Juro Médico, promulgada en 1906, estipulaba que debía publicarse una lista anual de los médicos, farmacéuticos, dentistas y comadronas en ejercicio. En esa Ley, el Juro Médico se convertía en asesor de las políticas de salud que las Juntas de Sanidad planificaban, lo que constituyó una duplicidad de funciones con respecto a la Ley de Sanidad de 1902. También se regulaba el cobro de honorarios y se establecían los mecanismos ante una disputa por el monto de los mismos.

Tras la promulgación de la Ley de 1906 se nombró nuevo personal en el Juro Médico, que quedó conformado por los doctores Rafael Delgado Tejera, Octavio del Pozo, Ramón Báez, Salvador Gautier, Arturo Alardo y Alcibiades Ramírez. De igual forma, por los Licenciados José de Jesús

Brenes, Pedro Polanco y Ricardo Sánchez. Por diversos motivos, este Consejo no pudo asumir sus funciones hasta marzo del 1907. Una causa probable para estas dificultades residía en que la opinión pública nacional estaba dividida entre quienes consideraban que a los “prácticos”, quienes ejercían la medicina sin estudios, no se les debía otorgar la licencia para ejercer y otros que consideraban que por su experiencia y servicios prestados se les debía permitir continuar en el ejercicio profesional. Esa ley desató mucha polémica y en un artículo publicado en el mes de marzo del 1906, el doctor Fernando Defilló se quejaba de que en muchos de los artículos se agregó “etc.” a los considerandos. Le respondió en dos artículos publicados en el mismo Listín Diario en junio del 1906 R.D.T. (consideramos que se refieren a Rafael Delgado Tejera) calificando la Ley de absurda y advirtiendo al Juro Médico que no aprobara títulos dudosos a personas que el autor del artículo consideraba como ineptas para el ejercicio profesional.

En nuestro país siempre hemos padecido la debilidad de las instituciones y los intereses políticos o personales tristemente alteran una buena ley o una correcta decisión. Las leyes sufrieron frecuentes modificaciones para favorecer la autorización al ejercicio a personas sin los requerimientos formales, pero que eran amigos de los alcaldes de las diversas poblaciones.

En 1907, el Congreso Nacional emitió un resolución “que interpreta el art. 31 de la Ley sobre el Juro Médico (G.O. num 1787 del 15 de mayo 1907). Esa resolución decía así: “Único. El artículo 31 de la ley sobre el Juro Médico de la República debe entenderse, por fuerza de esta interpretación, en el sentido de que los individuos que a la publicación de la ley ejercieren en cualquiera población de la República por una práctica de más de diez años consecutivos las profesiones de médico o farmacéuticos, y cuyos servicios

SECCIÓN HISTÓRICA

hubieren sido utilizados en cualquier tiempo por las autoridades civiles o militares, serán autorizados para seguir ejerciendo en la misma ciudad en que los hayan prestado, previo certificados expedidos por el Ayuntamiento o por la Delegación Provincial respectivos, que justifiquen que dichos individuos han ejercido durante el mencionado tiempo, y quienes quedan, desde luego, obligados a los mismos deberes exigidos a los titulares”.

Esa resolución generó gran debate y finalmente se decidió que esos derechos adquiridos desaparecían en el momento en que un médico titulado se instalara en la zona donde ejercía el “autorizado”. Finalmente, en 1919 la Ley de Sanidad promulgada durante la ocupación militar norteamericana, eliminó el Juro Médico al crear la Secretaría de Estado de Salud Pública.

EL PACIENTE

Autor:

Dr. Luis Ortiz Hadad

Expresidente Academia Dominicana de Medicina

Si se preguntara cuál es el elemento más importante en la medicina, muchos dirían que los medicamentos, las enfermedades, los médicos, los hospitales o las investigaciones científicas sobre la salud. Sin embargo, lo más importante en el área de la salud es el paciente, ya que sin éste la medicina no tiene sentido. Su existencia justifica el valor de todos los elementos mencionados antes. Parecería una perogrullada hacer esta afirmación, pero realmente no lo es, estamos viviendo una sutil tendencia a desplazar al paciente de la posición central que le corresponde y sin comprender las serias consecuencias que eso supone.

En la actualidad que la medicina está siendo manejada por imperios financieros, predominando el interés comercial, se ha tratado de cambiar el término de paciente a usuario o cliente. Normalmente el médico rechaza esos términos porque le resultan muy mercantiles. Paciente no es usado con la idea de alguien que tiene paciencia o que debe tener paciencia para esperar al eminente doctor, como algunos creen. Proviene etimológicamente del latín *patients* y más bien expresa “padecer, sufrir o aguantar”, hace alusión a la persona que padece, padeció o desea evitar padecer alguna enfermedad, por lo que solicita los servicios del facultativo.

El paciente es un ser humano y como tal, está determinado por las circunstancias del medio en que se encuentre, es vital que el médico no olvide que no se relaciona con un elemento aislado, sino con una entidad que está interconectada con su medio ambiente. Esta visión estructuralista será indispensable en algunos

casos, tanto para diagnósticos como para tratamientos. Las megatendencias que percibimos a nivel social, repercutirán en él, caracterizándolo. Las crisis existenciales que se manifiestan en nuestra sociedad afectan a nuestros pacientes y de alguna manera podrán provocar variaciones al marco referencial en que se presentan las enfermedades que tratamos. Sin entrar en detalles complejos, veremos algunos elementos prácticos a continuación.

En primer lugar, cada vez se requiere más de una relación médico-paciente horizontal, en la que el médico no aparece en una indiscutible posición de superioridad jerárquica, como era la visión paternalista tradicional de la medicina. Los médicos suelen considerar irrespetuosos los cuestionamientos que pudiera hacerles el paciente temeroso, ante sus posibles tratamientos. Obviamente la condición de profesional de la salud les otorga una superioridad cognitiva, lo que justifica que el paciente procure sus servicios incluso sin conocerlo de manera personal, lo escoja entre los demás médicos a su alcance y siga sus recomendaciones.

En nuestra era de la información, el paciente en ocasiones llega a la consulta muy bien documentado, porque ha leído extensamente la patología que supone que le afecta, ocasionalmente se presenta incluso sugiriendo su posible tratamiento. El médico necesita hacer acopio de paciencia y humildad ante esta ofensa a su largo proceso de preparación, comprender que, aunque pudiera haber de fondo algunas dudas sobre su capacidad, lo principal que está en juego es la necesidad de seguridad del enfermo. Por

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

lo que habrá de tener la capacidad de mediante el diálogo, lograr que se le confíe la dirección del proceso de curación, incluso no debe temer a orientarlo para que investigue por sí mismo sobre lo tratado en la consulta. En caso de que pese a las explicaciones ofrecidas pudiera no ganarse su confianza, debe referirlo sin titubeos a otro colega. El médico de experiencia sabe lo que cuesta mantenerse con un paciente que no le tenga confianza.

En ocasiones los pacientes se muestran dispuestos a sacrificar la seguridad en sus tratamientos por múltiples razones: por razones estéticas, por economizar dinero, por razones sociales o culturales, incluso podrían preferir un centro médico lujoso a uno seguro. Algunos médicos son hábiles para adaptarse a esas inclinaciones de los pacientes y eventualmente pueden llegar a lograr buenas ganancias económicas por ello. Aunque obviamente la máxima prioridad de la práctica médica es la salud del paciente.

Un elemento fundamental en la práctica médica es la empatía o transferencia; es lo que permite que se establezca la adecuada interconexión entre médico-paciente, de manera que se conviertan en aliados para lograr un objetivo común, que sería la salud. El paciente deberá estar claro de que el médico tiene la capacidad y la motivación, para ayudarlo en su proceso de curación. El médico necesita saber que el paciente está dispuesto a colaborar de forma correcta en el proceso.

De no lograrse la empatía, produciéndose una transferencia negativa, el paciente podría estar dispuesto a no sanarse, como una forma de “golpear” al médico que le incomoda (por la razón que sea); habitualmente es un mecanismo inconsciente. Podría evolucionar de forma no favorable o al menos fingir complicaciones. A

veces lo que busca es una mayor atención del médico o de sus parientes. Esta situación podría pasar desapercibida para el médico, pero no siempre el enfermo es psicológicamente estable y coherente, resultando muy importante que quien lo trate no se limite a evaluarlo físicamente, sino también que evalúe sus ideas, sensaciones, emociones y expectativas. Algunas reintervenciones quirúrgicas se han producido de forma innecesaria por no identificar esta situación. Aunque las patologías y los tratamientos puedan ser iguales, los enfermos son diferentes.

Como vemos, la comunicación es de vital importancia en la evaluación médica. Los médicos podrían verse tentados a dedicar poco tiempo a sus consultas, tratando de ver más pacientes en menos tiempo, como una forma de incrementar sus ganancias. Pero un elemento esencial de la práctica médica es la entrevista o consulta, ya que no conocer algún dato determinado puede hacer fracasar cualquier tratamiento y el no explicar algún detalle, podría hacer que el paciente no se sienta satisfecho con los resultados de su consulta.

Desde que se abre la puerta del consultorio, comienza la evaluación médica, aunque no se haya iniciado la conversación. Algunos detalles son de suma importancia: actitud al llegar, si viene o lo traen, cómo camina, cómo se viste, sus gestos, cómo se dirige al médico, cómo se relaciona con quien lo acompañe. Es importante comprobar si al final de la consulta se modifica algún elemento conductual mostrado al inicio. Con algunos médicos, el paciente no podrá hablar de lo que más le preocupe o avergüence de su situación, por la distancia que establecen en la relación médico-paciente. Crear una distancia excesiva con el paciente podría impedir que el paciente exponga detalles indispensables para su tratamiento.

El médico requiere detectar cuando el paciente por algún motivo no le diga la verdad, ya que precisa de una información correcta, por lo que deberá captar la realidad detrás de las palabras. Mirarlo fijamente a los ojos mientras habla, tener presente los gestos que realice y conocer detalles de sus circunstancias de vida, puede permitir saber cuándo la información que esté suministrando sea confiable. Es de suma importancia el tomar en cuenta las posibles tendencias a exagerar o a minimizar sus síntomas.

La medicina debe centrarse en el paciente como exponíamos en una conferencia en Bogotá, en el 50 aniversario de las Academias Latinoamericanas de Medicina, de España y Portugal (ALANAM), en el 2017. Estuvimos analizando la necesidad de reconocer que el médico es quien debe adaptarse a la persona y no lo contrario. Si las diferencias del lenguaje impiden la correcta comunicación con el enfermo, la responsabilidad recae sobre el médico y los avances médicos siempre deberán validarse en tanto que resulten provechosos para el paciente. Tenemos que evitar concentrarnos tanto en la enfermedad o el tratamiento, que nos olvidemos del paciente.

En ocasiones, se intenta hacer que los casos coincidan con nuestros estudios y no a la inversa. Podría desestimarse un síntoma referido por el paciente por estimar que no aparece en los libros. Hay médicos que nunca podrán hacer descubrimientos, ya que sólo pueden reconocer lo que otros hayan descrito primero. Realmente no tienen la capacidad de observar y registrar un elemento nuevo. Se centran en los libros y no en el paciente.

La comunicación en la consulta médica debe ser abierta, cálida y respetuosa. En ocasiones

el trato del médico deja mucho que desear, especialmente cuando trabaja con personas de baja condición social y pocas cosas desdicen tanto del facultativo como ésta. Otras veces es el paciente quien es irrespetuoso con el médico; esto podría deberse a educación deficiente, experiencias médicas previas traumáticas o trastornos mentales, a menudo la incomodidad del paciente no está dirigida a la persona del médico, sino al gremio que éste representa.

Cuando el paciente es médico o familiar de médico, se pueden presentar inconvenientes porque sus colegas en lugar de realizar los tratamientos a los que están habituados y en los que tienen experiencia, podrían intentar innovar con procedimientos “mejores”. Por un lado, no es ético que el médico haga esa discriminación entre pacientes y debe ofrecer lo que crea mejor, a todos por igual. Por otro lado, el intentar tratamientos inusuales podría conllevar riesgos imprevistos.

En condiciones de precariedad del sistema de salud (como en caso de guerra), el médico podría no hacer todo lo que quiere, sino lo que puede y podría tener que realizar procedimientos diferentes, aunque reconozca que no son la mejor opción. Estos casos lógicamente no se catalogan como negligencia o falta de ética.

El médico es potencialmente un paciente, en cualquier momento podría estar del otro lado del estetoscopio o del bisturí y con cierta frecuencia tiende a ser mal paciente. Si el médico no tiene buenas relaciones con sus pacientes, podría no tenerla tampoco con el médico que lo trate. Esto se debe a que nuestros esquemas cognitivos y conductuales tienden a funcionar de manera automática, ya que nuestras relaciones humanas acontecen mediante patrones fijos con escasas

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

modificaciones. El médico debe escoger su médico y puede indagar sobre su tratamiento, como cualquier paciente, pero también debe permitir que su colega terapeuta tome el control de su caso sin estorbarlo.

Todo lo que se logra en beneficio de los pacientes, redundará en beneficios para el mismo médico y sus seres queridos, porque todos sin excepción somos propensos a padecer alguna enfermedad o emergencia, requiriendo los servicios médicos que se encuentren disponibles en nuestro entorno. Mejorar tu sistema sanitario, equivale a mejorar tu calidad de vida.

Son muchas las recomendaciones éticas que se hacen sobre el manejo correcto del paciente, pero seguramente la regla de oro por su precisión y simpleza es: **trata a tu paciente como quisieras que se te tratara a ti si estuvieras en su lugar.** Si el médico realmente se coloca en el lugar del paciente, seguramente no requerirá leer muchos libros de deontología médica.

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. Marcos Nuñez Cuervo (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.



