

EDITORIAL

GUERRA EN TIEMPO DE PANDEMIA
Dr. Ramón E. Pérez Martínez

CARTAS AL EDITOR

¿PUEDE EN METAVERSO PRODUCIR
NUEVAS ALTERACIONES DE LA
SALUD?
Dr. Carlos Peña
Expresidente Academia Dominicana de Medicina

DE ACTUALIDAD

REVASCULARIZACIÓN
MIOCÁRDICA CON CIRCULACIÓN
EXTRACORPÓREA O SIN
CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA.
¿QUE LE CONVIENE MÁS AL
PACIENTE?

*Dr. Wascar Roa De Los Santos, Dr. Miguel
Guerrero Columna, Dra. Elianny Cedano A.*

MANEJO REHABILITADOR EN
PACIENTES CON SÍNDROME DE
LONG-COVID
*Dra. Laura Anabel Pinedo, Dra. Togarma
Rodríguez, Dra. Sheila Espinal, Dra. Amarfi
López, Dra. Ivanna Casado*

CASO CLÍNICO

SILICONOMA EN UN GANGLIO
INTRAMAMARIO. REPORTE DE UN
CASO
*Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez, Dr. Otoniel
Díaz Casado, Dra. Rosa E. Veras, Dra. Keidairy
M. Adames P., Dr. Carlos José Esteva Guillen,
Dr. Dra. Elaine Rocío Pérez Ciprian*

REFLEXIONES BIOÉTICAS

HACIA UN PARADIGMA EN LA
PLANIFICACIÓN DE LA TOMA DE
DECISIONES EN LA ATENCIÓN DE
SALUD
Sandra M. Fábregas Troche Ph.D.

SECCIÓN HISTÓRICA

EL PROTOMEDICATO
Dr. Herbert Stern

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

LA ENFERMEDAD
Dr. Luis Ortiz Hadad

GUERRA EN TIEMPO DE PANDEMIA

La humanidad ha estado en pandemia por el coronavirus sars-cov-2 desde el 11 de marzo del 2020 luego de la declaración de la Organización Mundial de la Salud OMS. Actualmente las consecuencias son más de 6 millones de fallecimientos por el virus, pero también aumento de la mortalidad de otras patologías al ser postergados sus tratamientos por la emergencia epidemiológica.

Las consecuencias económicas han sido devastadoras y el confinamiento a que fue sometido la población ha producido cambios importantes en la salud mental del ser humano.

Cuando estábamos dejando atrás la pandemia se presenta otro evento: el conflicto bélico por la invasión de Rusia a Ucrania que ha afectado la economía mundial y ha producido una crisis humanitaria por la salida de más de 4 millones de refugiados acogidos principalmente por los países de la Unión Europea.

Estas dos situaciones han representado un duro golpe a la salud global ya que dentro de la consecuencia de la guerra se encuentran las pérdidas de vidas, las secuelas de lesiones físicas y emocionales en los sobrevivientes.

Si analizamos las repercusiones de esta guerra en el sistema de salud de Ucrania nos encontramos con destrucción de infraestructuras, escases de equipos y medicamentos, la falta de atención de patologías de alta complejidad como el cáncer y de suministros médicos con el agravante de la falta de alimentos y agua potable.

Es urgente el establecimiento de corredores humanitarios con la finalidad de suplir esas necesidades, junto a la capacitación del personal de salud en el manejo del trauma de guerra que tiene un manejo muy diferente al trauma en la población civil.

Las naciones que han recibido a los refugiados deben de tomar en cuenta que además del apoyo en alimentación, techo y vestimentas, hay que implementar la vacunación contra el sars-cov-2 porque el porcentaje de la población ucraniana totalmente vacunada al inicio de la guerra era de apenas un 36.59%, e incluir a estos refugiados en programas de salud nacionales.

En tiempos de guerra el respeto de las instalaciones sanitarias, personal de salud, población civil, personas heridas y pacientes en general forman parte del Derecho Internacional Humanitario. Por tanto, debe mantenerse una vigilancia y seguimiento por la comunidad internacional para que se cumplan esas normas fundamentales.

Dr. Ramón E. Pérez Martínez

Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

¿PUEDE EN METAVERSO PRODUCIR NUEVAS ALTERACIONES DE LA SALUD?

Con una simple mirada a cualquier etapa de la evolución y desarrollo de la vida humana en el planeta, será fácil asumir que nuestra especie siempre ha procurado avanzar en su adaptación al medio y al entorno que la naturaleza ha proveído, ya sea asumiéndolo y sometiéndose a él, ya modificándolo para su beneficio y provecho. Esos avances se han constatado en todas las esferas y tópicos de la propia actividad humana y, en gran medida, ello ha contribuido a la permanencia del hombre en el hábitat terrestre hasta nuestros días.

Aunque el concepto de “avanzar” como tal encierra múltiples y variadas acepciones, quisiera asumir las que permiten entender el desarrollo de la colectividad humana que va superando etapas en las que se combinan alternativamente errores con aciertos que parecen llevar a la máxima aristotélica de la plenitud. Es decir, paz con salud.

En un reciente período, désde que Alan Turing comenzó a conjeturar sobre la posibilidad de que una máquina pudiera pensar, allá por los años 30, en plena Segunda Guerra Mundial y que John McCarthy diera forma real a aquellas inquietudes de Turing a mediados de la década de los 50 del pasado siglo, se pasó por un incesante camino hacia la prosperidad tecnológica, atizada por la competitividad hacia la supremacía militar que imponía la Guerra Fría. Esa lucha brutal, soterrada, en donde la mezcla de lo científico con el espionaje sacrificó a grandes pensadores y genios que estuvieron enfrentados, pero sin acuerdo, y “guerreando” con sus mejores ideas aportadas en un bando u otro y viceversa, supuso, también, la producción de gigantescos logros para la solución de muy viejos problemas para la salud que hasta ese momento se consideraban inexpugnables. Pero, al mismo tiempo, afloraron monstruosas consecuencias de las mentes más perversas, crueles y despiadadas posibles, cuyos resultados devolvieron la tragedia al primer plano mundial.

La urgencia y el afán por vencer (¿a quién? ¿el hombre así mismo?) nos devuelve a esencias muy primigenias.

De la Revolución Industrial se pasó a la Gran Corporación y de ésta a la Era de la Información y el Conocimiento. Todas ellas, preliminares prodrómicas de la Globalización cuya fortaleza y penetración absoluta somete y atrapa a toda la colectividad en la “red”, sin posibilidad de escapatoria alguna. Desde entonces, los atisbos de libertad son más ilusorios que reales. Al margen de los incommensurables beneficios que la tecnología digital ofrece para el bien, paralelamente lo acarrea para lo peor, para lo que imposibilita la plenitud.

CARTAS AL EDITOR

Las ciencias de la salud, son probablemente, de las más beneficiarias de las bondades de la tecnología digital por cuanto desde la Big Data, la Inteligencia Artificial, la Realidad Aumentada, la Realidad Virtual, la aplicación de algoritmos que amplían, precisan y aseguran en tiempo real diagnósticos y terapéuticas de forma asombrosa, crean nuevas moléculas farmacológicas, reproducen consultas y asistencias médicas mediante telemedicina con hologramas que permiten “explorar” al paciente virtualmente y hasta proceder con una intervención quirúrgica, a miles de kilómetros de distancia del cirujano.

No obstante, todo eso que impacta y asombra, desde hace unos años ya ha entrado en obsolescencia dando paso al metaverso, un mundo virtual paralelo al real, al tangible. Desde el otoño del 2021 comenzó la andadura por esa selva tecnológica que nos hará *duo vitae*. Pero quizás lo más trascendente sea que la conducta humana ha cambiado para siempre.

Sin embargo, la contingencia científica no cesó ni ha cesado y como derivada, la sociedad en su conjunto se ha ido transformando en una sociedad verdaderamente enferma, alienada, extremadamente vulnerable y de extrema precariedad racional.

Los trastornos de la salud, especialmente psíquica, será un precio enorme que pagará la humanidad mientras se sigue jugando a competir para vencer, sin saber a quién.

Dr. Carlos Peña
Expresidente Academia Dominicana de Medicina

REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA CON CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA O SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA. ¿QUE LE CONVIENE MÁS AL PACIENTE?

Dr. Wascar Roa De Los Santos*, Dr. Miguel Guerrero Columna**, Dra. Elianny Cedano A.***.

*Cirujano Cardiovascular, presidente Sociedad De Cirugía Cardiovascular, Médico Adjunto Servicio de Cirugía Cardiaca Hospital Neuro-Oftalmológico y Trasplante (CECANOT).

**Cirujano Cardiovascular, Jefe Del Dpto. de Cirugía Cardiovascular Hospital General Plaza De La Salud (HGPS).

***Médico Residente De Tercer Año Cirugía General, Hospital Central de las Fuerzas Armadas (HCFFAA).

Recibido: 17 marzo 2022

Aprobado: 27 de marzo 2022

RESUMEN

Objetivo: Determinar qué técnica quirúrgica de Revascularización Miocárdica tiene mayores ventajas para el beneficio de la condición clínica del paciente con enfermedad arterial coronaria; Cirugía de Revascularización Miocárdica (CRM) con Circulación Extracorpórea (Con CEC) o Sin Circulación Extracorpórea (Sin CEC).

Material Y Métodos: El análisis fue basado en una muestra representativa de 30 pacientes operados de CRM con CEC en el Hospital General Plaza De La Salud (HGPS) y 30 pacientes operados de CRM sin CEC en el Centro Cardio-Neuro-Oftalmológico Y Trasplante (CECANOT), del total de los pacientes intervenidos en el periodo 2011- 2014. Se diseñó un cuestionario de recolección de datos, para comparar las ventajas y desventajas de ambas técnicas quirúrgicas.

Resultados: Del universo de los pacientes tomados, 60 pacientes; el 65 por ciento correspondió al sexo masculino, con una edad promedio de 60.1 años. En el 98.3 por ciento de los casos, el injerto empleado fue la arteria mamaria izquierda (IMA). La hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo, seguida por el tabaquismo, dislipidemia y diabetes mellitus

ABSTRACT

Objective: To determine that coronary artery bypass grafting surgical technical has major advantages for the benefit of the clinical condition of the patient with Arterial Coronary Disease; coronary artery bypass grafting (CRM) with Extracorporeal circulation (CABG) or Without Extracorporeal circulation (OPCABG).

Material and Methods: The analysis was based a representative sample on 30 patients with intervention of heart surgery with cardiopulmonary bypass in The Hospital General Plaza De La Salud (HGPS) and on 30 patients with intervention of heart surgery without cardiopulmonary bypass, in the Center Cardio-Neuro-Oftalmológico And Transplant (CECANOT), of the total of the patients controlled in the period 2011-2014. There was designed a questionnaire of compilation of information to compare the advantages and disadvantages of both surgical technical.

Results: Of The universe of the taken patients, 60 patients; 65 percent corresponded to the masculine sex, with an average age of 60.1 years. In 98.3 percent of the cases the used graft was the left internal mammary artery (LIMA). The arterial hypertension blood was the main risk

tipo II. El tiempo de ventilación mecánica y la estancia hospitalaria fue prolongado en los pacientes operados con CEC. La cirugía sin CEC presentó menor índice de complicaciones (56%), no hubo reintervención, ni mortalidad. La CRM con CEC presentó mayor índice de complicación (83,4%), una reintervención (3,3%) y una mortalidad (3,3%). Lo que corresponde con la predicción del EuroScore según los factores de riesgo de morbimortalidad para Cirugía Cardíaca Coronaria (EuroScore de la investigación: riesgo significativo, 12 puntos).

Conclusión: La Cirugía Coronaria Con Circulación Extracorpórea brinda la comodidad de realizar los puentes coronarios, lo que beneficia a un corazón severamente enfermo. La Cirugía Coronaria Sin Circulación Extracorpórea es una técnica segura de revascularización miocárdica que viene a eliminar las complicaciones propias del Bypass Cardiopulmonar.

Palabras Claves: Cirugía Coronaria Sin Circulación Extracorpórea, Cirugía Coronaria Con Circulación Extracorpórea, Bypass Cardiopulmonar, CABG (Coronary Artery Bypass Grafting), CABG OFF PUMP (Coronary Artery Bypass Grafting off pump).

factor, followed by the smoking, dyslipidemia and diabetes mellitus 2. The time of mechanical ventilation and the hospital stay was prolonged in the patients operated of CABG. The surgery without extracorporeal circulation presented minor index of complications (56%), there was neither reintervention nor mortality. CABG presented major index of complication (83, 4 %), a reintervention (3, 3 %) and a mortality (3, 3 %). What corresponds with the prediction of the EuroScore according to the risks factors morbidity and mortality for Surgery Cardiac Coronary (EuroScore of the investigation: significant risk, 12 points).

Conclusions: The Coronary Surgery with Extracorporeal Circulation offers the comfort of the coronary bridges realizes which he benefits to a severely sick heart. The Coronary Surgery Without Extracorporeal circulation is a sure technical of coronary artery bypass grafting that comes to eliminate the own complications of the Cardiopulmonary Bypass.

Key words: Coronary Surgery without Extracorporeal circulation, Coronary Surgery with Extracorporeal circulation, cardiopulmonary Bypass, CABG (Coronary Artery Bypass Grafting), CABG OFF PUMP (Coronary Artery Bypass Grafting off pump).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos, entre ellas están: cardiopatías coronarias (infartos cardíacos), las enfermedades cerebro-vasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo y en la mayoría de los países de las Américas, en donde

se estima que causan 1,9 millones de muertes al año (**OPS\OMS 2012**). La cirugía cardíaca, es la medida necesaria para restablecer el buen funcionamiento cardiaco.

La cirugía de revascularización coronaria tiene como beneficio el alivio de los síntomas que dicha patología esté provocando en el organismo del individuo, incluyendo un notorio aumento en su nivel de energía, después de su período de recuperación (**Sundt, 2014**). Las manifestaciones clínicas de la enfermedad cardíaca coronaria son bastante floridas, pero cuando estos pacientes se operan, desaparecen en casi un 100% de los casos y viven una vida normal.

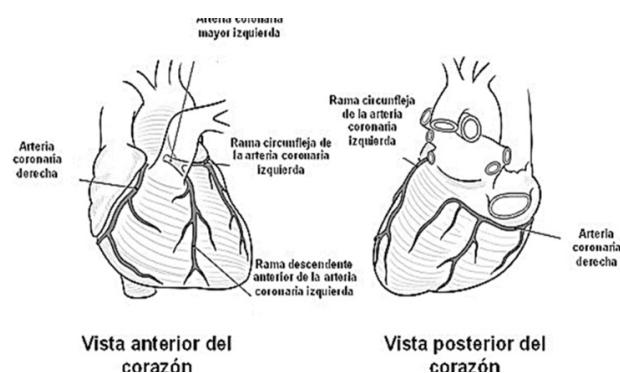
DE ACTUALIDAD

Cuando un cardiópata coronario es llevado a cirugía, se puede operar mediante dos técnicas: **con Circulación Extracorpórea (Con CEC) Y Sin Circulación Extracorpórea (Sin CEC)**. En ambos casos, es necesaria la intervención del perfusionista, para brindarle soporte al miocardio. En estos procedimientos los resultados varían de acuerdo con la condición clínica del paciente, el número de anastomosis coronarias a realizar, y la experiencia del cirujano cardiovascular.

Cada año se realizan millones de cirugías cardíacas en todo el mundo, a partir de las facilidades que ha brindado la circulación extracorpórea (CEC), siendo los pacientes operados en un 70% con esta técnica. Sin circulación extracorpórea se realiza en cientos de centros en el mundo, alcanzando de un 20-30 por ciento. Es alta la supervivencia con ambas técnicas.

Finalmente, analizamos los resultados mediatos e inmediatos de la cirugía de revascularización coronaria, con Circulación Extracorpórea (CABG) y Sin Circulación Extracorpórea (OFF PUMP CABG).

ANATOMÍA CARDÍACA



El corazón se encuentra en el tórax, en el mediastino medio. Por detrás del esternón y por delante del esófago, la arteria aorta y la columna dorsal. A cada lado tiene los pulmones y descansa sobre el diafragma. Está formado por 4 cavidades (dos aurículas y dos ventrículos). Tiene 4 válvulas: mitral, válvula aórtica, pulmonar y tricúspide.

En la aurícula derecha desembocan las venas cava superior e inferior y se encuentra el nodo sinusal. En la aurícula izquierda se vacían las venas pulmonares, 2 a cada lado. Del ventrículo derecho sale la arteria pulmonar y del ventrículo izquierdo la arteria aorta. Normalmente, no hay comunicación entre las cavidades izquierdas y derechas. Y estas son separadas por tabiques (septum interauricular e interventricular). Tiene 3 capas, dispuestas de adentro hacia afuera: endocardio, miocardio, y pericardio. El pericardio posee 2 hojas, una parietal y otra visceral; el espacio entre ellas se llama espacio pericárdico, y normalmente tiene un poco de líquido, para amortiguar cuando el corazón esté en sístole. Posee 3 caras, 3 bordes, una base y un vértice.

Irrigación: está irrigado por las arterias coronarias, que nacen de los senos de Valsalva, primeras ramas viscerales de la arteria aorta. Desde el punto de vista anatómico el sistema de las arterias coronarias se divide naturalmente en dos: arteria coronaria derecha y arteria coronaria izquierda. Pero desde el punto de vista de los cirujanos se divide en: 1- Arteria coronaria principal izquierda: la cual se divide en arteria coronaria descendente anterior izquierda y arteria circunflexa izquierda. 2- Arteria coronaria derecha y sus ramas. El corazón es arropado por la cruz cardiaca; formada por: -La arteria coronaria derecha y arteria coronaria circunflexa transversalmente, y sus ramas. Se dirigen por el surco auriculoventricular y se unen en la cara posterior del corazón. Verticalmente, formado por la arteria coronaria descendente anterior izquierda y la descendente posterior, de esta forma encerrando el septum interventricular en la cara posterior del corazón.

De acuerdo a que la arteria coronaria principal da origen a la descendente posterior (rama terminal), se usará el término de dominancia (izquierda o derecha). Una circulación coronaria es dominante. Una circulación izquierda dominante ocurre en el 10-15%, en donde la descendente

posterior es la última rama terminal de la arteria coronaria circunfleja. Ocurre mayormente en mujeres. Esto es importante en la evaluación del paciente con enfermedad arterial coronaria quirúrgica. Cuando es la arteria coronaria derecha que domina la circulación cardiaca; la sangre que irriga el ventrículo izquierdo viene de la parte media posterior del círculo, a través de las arterias obtusas marginales.

Tronco Arterial Coronario (TC): Se extiende desde el ostium coronario izquierdo en el seno de Valsalva hasta su bifurcación en descendente anterior izquierda y arteria coronaria circunfleja. Tiene una longitud de 10-20mm y un rango de 0-40mm. Eso normalmente cursa entre el tronco pulmonar y la orejuela izquierda para llegar al surco auriculoventricular izquierdo. Muy raramente (el 1% de las personas) el tronco coronario está ausente y la arteria descendente anterior y la circunfleja se originan directamente de la aorta y poseen un ostium independiente.

Arteria Descendente Anterior Izquierda (DA): Se extiende a lo largo del surco interventricular anterior por el ápex del corazón. Parte de ella puede enterrarse en el músculo. En el mejor de los casos la arteria se extiende alrededor del ápex dentro del surco interventricular posterior, irrigando la parte apical de ambos ventrículos. Sus ramas terminales son: las arterias diagonales (1ra, 2da y tercera) y las arterias septales, son las encargadas de irrigar la cara anterior del corazón.

Arteria Coronaria Circunfleja (AC): Se origina desde el tronco coronario, con un ángulo de 90 grados. Inicia pocos centímetros mediales a la aurícula izquierda. Sus ramas principales son: arteria obtusa marginal (que irriga el margen obtuso del corazón), arteria atrial circunfleja y ramas ventriculares. Las variaciones en el origen, longitud, número y tamaño de sus ramas marginales son comunes.

Arteria Coronaria Derecha (CD): Es usualmente una sola arteria, y cursa por debajo del surco

auriculoventricular derecho. Ramas de ella suplen la cara anterior del ventrículo derecho que está libre, saliendo desde el surco auriculoventricular, profundidad de la arteria coronaria derecha. La arteria coronaria derecha irriga el lado izquierdo del corazón en mayor extensión en la que irriga el lado derecho, en términos de número y volumen de vasos involucrados. La arteria coronaria derecha no necesariamente suple las ramas de la superficie inferior del ventrículo izquierdo, porque ella puede terminar solo como la arteria descendente posterior. Luego, la arteria coronaria derecha termina en las arterias: arteria coronaria descendente posterior derecha y arteria segmentaria posterolateral derecha. La arteria descendente posterior desciende en el surco interventricular posterior, por una variable distancia dando ramas septales, ventricular derecha y ramas ventriculares derecha.

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, retrospectivo, y transversal con el objetivo de determinar las ventajas y desventajas de cirugía cardiaca coronaria con circulación extracorpórea y sin circulación. Pacientes operados de cirugía cardiaca coronaria con CEC y sin CEC en el Hospital General Plaza De La Salud Y Centro Cardio-Neuro-oftalmológico y Trasplante (HGPS-CECANOT 2011-2014). Han sido tomados 30 pacientes de cada centro hospitalario (muestra de 60 pacientes), que cumplan con los criterios.

Criterio de Inclusión

- Los pacientes operados de cirugía cardiaca coronaria 2011-2014.
- Pacientes únicamente coronarios.

Criterio de Exclusión

- Enfermedad arterial coronaria no quirúrgica.
- Valvulopatía concomitante a la cirugía de revascularización miocárdica.
- Cirugía de aorta concomitante.

DE ACTUALIDAD

RESULTADOS

En este estudio randomizado, han sido elegidos un total de 60 pacientes, operados de cirugía de revascularización coronaria (CRM), 30 pacientes pertenecientes al Hospital General Plaza de la Salud (HGPS) y 30 pacientes del Centro Cardio-Neuro- Oftalmológico y Trasplante (CECANOT). En donde ha sido claramente visto que el sexo más afectado es el **masculino (65%)**, debido a que las mujeres están protegidas por los estrógenos. También es claro, que generalmente la enfermedad arterial coronaria, da sintomatología que lleva a la decisión quirúrgica, en sujetos que se encuentran a partir de la 5ta y 6ta década (promedio 60 años) de vida. Aunque también se encontraron algunos casos en la 4ta década de vida.

El **injerto arteria mamaria izquierda (IMA)** se usó en un 98,3% de las CRM, porque en uno de los casos estudiados la misma tenía defecto. En CECANOT la mayoría de los puentes son realizados con ambas mamarias (puentes arteriales), dos puentes generalmente. Seguido por la combinación de arteria mamaria con vena safena (puentes venosos y arteriales), en una menor proporción tres puentes. En la muestra elegida no encontramos el empleo de injertos radiales o de arteria gastroepiploica. En HGPS, los injertos más usados son la combinación de mamaria izq. Con vena safena, 2 o 3 puentes, seguidos por vena safena, mamaria y arterial radial también tres puentes. En algunos casos solo se realizó un puente con la arteria mamaria izquierda. No encontramos datos de que se utilizara como injerto la arteria gastroepiploica. Como es sabido los injertos con mayor permeabilidad son los de las arterias mamarias, arterias radiales (puentes arteriales) y en menor valor las venas safenas. Dentro de los factores de riesgo, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, siendo por

si sola capaz de causar la enfermedad arterial coronaria, y también en combinación con otros factores de riesgo. El segundo lugar lo ocupa el tabaquismo, el tercero la dislipidemia y por último la diabetes mellitus tipo II. Se observó que varios de los pacientes en la muestra de ambos centros médicos, había sufrido un infarto al miocardio al menos 3 meses antes de la cirugía de revascularización coronaria.

De los pacientes que fueron sometidos a CABG en HGPS, el **tiempo de circulación extracorpórea**, relacionado a las complicaciones que puede producir un tiempo prolongado; no tuvo repercusión alguna, ya que en todos los casos el tiempo promedio estuvo dentro de los parámetros de normalidad. En cuanto al tiempo de pinzamiento aórtico, relacionado con la isquemia miocárdica que puede ocasionar; tampoco hubo nada que nos mostrara tal daño. El tiempo de exposición a la CEC es un factor clave en la aparición de complicaciones, como son la necesidad de transfusiones (hematíes, plasma y plaquetas) y con una estancia prolongada en UCI, pudiendo fijar en 120 minutos el límite recomendable de exposición a la misma. **Terra, Nebra, Tesis: Estudio De La Morbimortalidad De La CRM: Efectos Clínicos Y Repercusión De La CEC, Zaragoza 2011.**

El grado de **hipotermia** en el HGPS fue 30-32 grados (hipotermia leve). Mientras que en CECANOT fueron operados en normotermia; ya que estos no usan la circulación extracorpórea, en la cual es obligatorio el enfriamiento para disminuir el consumo de energía del organismo y así protegerlo.

El tiempo de **ventilación mecánica**, en el grupo de pacientes de CECANOT, estuvo dentro del tiempo de normalidad, por tanto el número de pacientes que tuvo complicaciones propias del ventilador (atelectasia, congestión pulmonar, neumonía) fue mínimo. En contraste, en HGPS el

tiempo de ventilación mecánica fue prolongado, lo que conllevó a diversas complicaciones pulmonares (congestión pulmonar, derrame pleural, atelectasia, neumonía,).

En cuanto a las **complicaciones**, la muestra elegida de los pacientes operados en CECANOT, tuvo un índice de complicación de un 56%, entre las que se destacan: arritmias, hipotensión, congestión pulmonar, derrame pleural, atelectasia, bajo gasto urinario, y otras como: cefalea, somnolencia, náusea, vómito. En el HGPS, el índice de complicación fue de un 83,4%, entre las que se destacan: arritmias, hipotensión, congestión pulmonar, derrame pleural, atelectasias, sangrado, bajo gasto urinario, desorientación en tiempo-espacio-persona, hematoma en pierna de extracción de la vena safena. Evidenciando mayor complicación en los pacientes que son sometidos a cirugía de revascularización miocárdica con circulación extracorpórea.

El **tiempo quirúrgico** en ambos centros médicos estuvo dentro del rango de normalidad. El tiempo en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y sala; en CECANOT fue de corta duración (5 días promedio), lo cual nos dice que estos pacientes tienen muy buena evolución post-quirúrgica, lo que representa menos costo económico. En contraste, en HGPS el tiempo en UCI y sala fue muy prolongado (11 días promedio), independientemente de la evolución del paciente, lo que representa mayor costo económico. La atención en cuidados intensivos del paciente sometido a cirugía cardiaca amerita una revisión especial, ya que la mayor complejidad y agresividad de la intervención quirúrgica y del soporte circulatorio, en especial de la circulación extracorpórea, inciden en la evolución y en las complicaciones del paciente; por lo que éste requerirá de una completa monitorización y de un

manejo dinámico, integral y multidisciplinario en cuidados intensivos cuando se presente alguna complicación, la cual regularmente va a incidir en la morbilidad y mortalidad del paciente¹.

El **costo económico** del HGPS, no fue valorado por tener acceso a esos archivos. En CECANOT no hubo reintervención quirúrgica ni fallecimientos en la muestra obtenida.

En HGPS solo un paciente fue **reintervenido** (3,3%), y solo uno falleció (3,3%). Dentro de la muestra analizada. El “EuroScore” es válido como predictor de complicaciones post-operatoria y morbi-mortalidad. Los datos mostrados en este estudio corresponden con la predicción según los factores de riesgo del EuroScore. (EuroScore de la investigación: riesgo significativo, 12 puntos).

En vista de lo ya descrito, vemos como **ventaja de CABG**: se pueden realizar los puentes de manera cómoda, ya que el corazón está inmóvil, lo cual beneficia a un corazón que tenga una enfermedad coronaria muy severa. Como desventaja: mayor posibilidad de sangrado, mayor estancia hospitalaria.

En CABG OFF PUMP (OPCABG), es ventaja: menor tiempo quirúrgico, hospitalario y el que el procedimiento quirúrgico ocurre en normotermia, lo que disminuye en gran medida el índice de complicación de los pacientes, teniendo así una excelente evolución y pronta recuperación a su vida normal. **Como desventaja:** un menor número de puentes y dificultad del cirujano para realizar las anastomosis coronarias. Aunque claro, esto va a depender de la curva de aprendizaje del cirujano cardiaco.

Pero lo que sí podemos decir, que independientemente de la técnica, la CRM tiene bajas estadísticas de reintervención y mortalidad y le devuelve al paciente su vida normal.

¹ Rincón, Novoa, Sánchez, Hortal, Manejo de las complicaciones postoperatorias de la cirugía cardiaca en cuidados intensivos, Revista De La Asociación Mexicana De Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 2013.

DE ACTUALIDAD

CONCLUSIONES

La cirugía cardiaca coronaria con circulación extracorpórea (CEC) es una técnica de revascularización coronaria que permite realizar las anastomosis de manera más cómoda, ya que el corazón no se encuentra en movimiento.

La cirugía coronaria sin circulación extracorpórea (Sin CEC), es una técnica segura para revascularizar el miocardio, siendo cada día estandarizada y reproducible.

La revascularización miocárdica con CEC, tiene complicaciones que son propias del Bypass Cardiopulmonar, como es la respuesta inflamatoria sistémica. La revascularización miocárdica sin CEC, viene a terminar con dicha complicación. La revascularización miocárdica sin CEC, representa menos tiempo hospitalario y menor costo económico.

Además, el procedimiento quirúrgico ocurre en normotermia.

Ambas técnicas quirúrgicas, conllevan a los pacientes a una buena evolución clínica y bajo riesgo de complicaciones. La reintervención no influyó en la mortalidad y fueron mínimas en ambas técnicas.

BIBLIOGRAFÍAS

- Kirklin-Barratt-Boyes. *Cardiac Surgery. Volumen I.* 3^a Edición. Hardcover. 2003.
- Mascaro nijisme, prevalencia de cirugía coronaria, hospital general plaza de la salud, santo domingo 2013.
- Muñoz Guijosa. *Cirugía Coronaria Con Circulación Extracorpórea Vs Cirugía Coronaria Con Mini-Circulación Extracorpórea*, Barcelona 2009.
- Coll Muñoz, Vázquez Roque, García Cuesta, M. Cabrera Núñez, Pérez Alfonso, De la Cruz Avilés. *Factores preoperatorios predictores de mortalidad y complicaciones mayores en la cirugía coronaria sin circulación extracorpórea*, Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 2011.
- Fernando A, Bermejo J, Segovia J. *Estado Actual De La Revascularización, Coronaria*. Rev. Española De Cardiología 2005.
- Bhimji, S. *Cardiothoracic and Vascular Surgery*. VeriMed Healthcare Network ,2012.
- Sundt, M. T. *The Society of Thoracic Surgeons*. 2014

MANEJO REHABILITADOR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE LONG-COVID

Dra. Laura Anabel Pinedo¹, Dra. Togarma Rodríguez²,
Dra. Sheila Espinal¹, Dra. Amarfi López³, Dra. Ivanna Casado⁴ (Comité de Investigación de SODOMFI)

¹ Hospital General Plaza de la Salud ² SportMed ³ Hospital Regional José María Cabral y Báez ⁴ Centro de Rehabilitación Unión Médica

RESUMEN

La enfermedad por COVID-19 ha sido una de las crisis sanitarias más grandes del último siglo. Se conoce como síndrome de Long-COVID a todos los síntomas que presentan los pacientes, sin ninguna otra causa aparente, luego de 28 días del diagnóstico de la enfermedad. Se ha evidenciado que las manifestaciones clínicas más frecuentes son la ansiedad, depresión, fatiga, disnea y lagunas mentales. Es importante que el manejo rehabilitador se haga de forma multidisciplinaria, evaluando las necesidades del paciente y haciendo un plan específico para cada condición. Es importante evaluar la condición pulmonar, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal y psicológico del paciente. Se ha demostrado que luego de realizar un programa rehabilitador, el paciente presenta una recuperación más rápida, con disminución de las limitaciones funcionales, así como mayor independencia en sus actividades de la vida diaria.

ABSTRACT

The COVID-19 disease has been one of the biggest health crises of the last century. Long-COVID syndrome is known as all the symptoms that patients present, without any other apparent cause, after 28 days of being diagnosed with the disease. It has been shown that the most frequent clinical manifestations are anxiety, depression, fatigue, dyspnea and brain fog. It is important that the rehabilitation management is done in a multidisciplinary unit, evaluating the needs of the patient and making a specific plan for each condition. It is important to assess the patient's pulmonary, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal, and psychological condition. It has been shown that after undergoing a rehabilitation program, the patient has a faster recovery, with a decrease in functional limitations, as well as greater independence in their activities of daily living.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del coronavirus del 2019 (COVID-19) es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus causante del síndrome respiratorio agudo severo, abreviado como SARS-CoV-2 (Síndrome Agudo Respiratorio Severo del Coronavirus tipo 2). El SARS es una enfermedad grave de neumonía provocada por

el Coronavirus, que puede provocar una dificultad respiratoria severa, y en algunos casos conllevar a la muerte. (WHO, 2020) Alrededor de 492 millones de personas han padecido de la enfermedad desde su brote inicial, mientras que aproximadamente han fallecido 6 millones de personas y 427 millones se han recuperado para abril del 2022. (Worldometers, 2022).

DE ACTUALIDAD

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos y síntomas asociados a una infección por SARS-COV-2 son muy semejantes a los que aparecen en cualquier proceso respiratorio viral, como un resfriado, siendo la principal sintomatología: tos seca, fiebre o escalofríos, dificultad respiratoria, dolor muscular, vómito, diarrea, anosmia o aguesia de nueva aparición y sensación de disnea, los más frecuentes. La mayoría de los pacientes cursan con una sintomatología de leve a moderada, y solo un 20% requerirá hospitalización en la primera etapa de la enfermedad. (CDC, 2021)

CURSO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD

En la mayoría de los casos, la recuperación es espontánea, en el caso de que haya presentado sintomatología leve. Sin embargo, durante el proceso de la enfermedad pueden aparecer complicaciones de carácter grave como neumonía, síndrome de estrés respiratorio agudo (SDRA) y fallo multiorgánico. Los niños/as tienden a presentar signos y síntomas mucho más leves con respecto a los adultos o ser asintomáticos. Se ha evidenciado, que los adultos mayores tienen más riesgo de sufrir COVID-19 de carácter grave, mostrando las estadísticas que el 81% de la mortalidad es en pacientes mayores de 65 años. A su vez, el riesgo de padecer COVID-19 severo, aumenta a medida que el paciente presente mayor número de comorbilidades como hipertensión arterial y diabetes. Actualmente, la enfermedad es menos común y con menor gravedad en los adultos más jóvenes. Aun así, la OMS alerta sobre la posibilidad de afecciones graves en personas jóvenes (30-50 años) y sin comorbilidades. (PAHO, 2020)

Se ha desarrollado el término de Long-COVID o síndrome post-COVID, para los pacientes que permanecen con síntomas que no tienen ninguna

otra causa, luego de 28 días del diagnóstico de la enfermedad. Los más frecuentes son ansiedad/depresión y síntomas relacionados con la salud mental, fatiga, dolor musculoesquelético, confusión/desorientación (comúnmente llamado neblina mental) y disnea. Los síntomas pueden ir remitiendo con el tiempo, pero hay pacientes que han referido presentarlos durante al menos 18 meses. Los pacientes con Long-COVID representan una nueva población de la salud pública, pero se necesita más investigación que pueda delimitar su propio diagnóstico y el tratamiento adecuado, aunque el mismo se debe realizar individualizado y sintomático (Yong Huang, 2021).

MANIFESTACIONES DE LONG-COVID

En vista del compromiso de diversos órganos durante el síndrome de Long-COVID, se han dividido según el sistema que esté comprometido, con las principales manifestaciones que se pueden encontrar:

- **Pulmonar:** Déficit de función pulmonar, fibrosis pulmonar, disnea.
- **Cardíaco:** Dolor torácico, palpitaciones, lesiones miocárdicas, cardiomiopatía por estrés, arritmias cardíacas.
- **Neurológico:** Cefalea, fatiga, hiposmia, hipogeusia, alteraciones cognitivas, alteraciones del sueño, dolor, síndrome de Guillain-Barré, síntomas psiquiátricos.
- **Vascular:** Trombosis arterial y venosa, disfunción de las células endoteliales, aumento de los niveles de dímero D y proteína C reactiva.
- **Abdominal:** Disminución de la tasa de filtración glomerular, aumento de las enzimas hepáticas, diabetes mellitus debutante. (Riccardo Cau, 2022)

REHABILITACIÓN DEL SÍNDROME DE LONG-COVID

El Long-COVID y la naturaleza de sus síntomas, a excepción del manejo de condiciones de urgencia, conlleva un manejo multidisciplinario que se enfoca en el automanejo de los síntomas y la rehabilitación. Dicho equipo debe incluir un manejo físico, psicológico y psiquiátrico según como sea requerido, con un seguimiento adecuado y rutinario.

Las medidas rehabilitadoras pueden incluir: preventivas, terapéuticas, promoción de la salud y cuidados paliativos dependiendo del propósito de la intervención. Se considera que el plan de rehabilitación debe ser desarrollado de manera individual para cada caso de COVID-19, dependiendo de la condición específica de salud de cada paciente, las características funcionales y la necesidad de rehabilitación en cada paso de su recuperación.

El equipo debe incluir un médico en Medicina Física y Rehabilitación, así como expertos en terapia física y terapia ocupacional, en caso de que el paciente presenta desacondicionamiento físico o alguna patología asociada luego de padecer la enfermedad. También se debe contar con rehabilitación pulmonar en caso de que el paciente presente disnea, fatiga u otros síntomas respiratorios. Con fines de manejo de la disnea se debe optimizar el manejo de las condiciones respiratorias preexistentes, técnicas respiratorias y de posición. Para la fatiga es importante maximizar el autocuidado, la higiene al dormir y relajación, así como realizar priorización de las actividades de la vida diaria. En casos de dolor torácico, lo primero que se debe hacer es excluir cualquier patología cardíaca como un síndrome coronario agudo, miocarditis, pericarditis y arritmias y arritmia, luego de ser descartados, se debe hacer un manejo adecuado y educación para los síntomas de cuidado. (Hung-Jui Chuang, 2022)

La terapia del habla debe ser introducida en pacientes que presenten alteraciones cognitivas incluyendo las neblinas mentales, disfagia, disfonía o dificultades respiratorias. Si el paciente presenta alteraciones neurocognitivas, se debe prescribir un manejo de soporte, y si es muy severo, que cause dificultad para realizar sus actividades de la vida diaria, considerar soporte con terapia ocupacional. En casos de que el paciente presente ansiedad y depresión, considerar un soporte para facilitar el acceso a servicios de salud mental, y estar atentos al caso en que el paciente necesite asistencia para el manejo del dolor, independencia en las actividades de la vida diaria u otros soportes sociales. Se debe facilitar orientaciones para grupos de apoyo y fuentes de información, en cuanto a lo que es el retorno a la educación, al trabajo o la vida diario. En caso de pacientes mayores o con necesidades complejas, se deben considerar asistencias adicionales. (Silvia Staffolani, 2022) La frecuencia y duración del seguimiento no está definido, pero se va evaluando según las necesidades del paciente. En relación al retorno a las actividades de manera normal, debe ser una decisión tomada en conjunto entre el equipo multidisciplinario y el paciente, de acuerdo a su ocupación y sus actividades. Se deben considerar los riesgos potenciales, incluyendo la condición cardíaca, pulmonar y psicológica del paciente, así como la condición actual, para poder realizar una reinserción adecuada. Se ha recomendado que se espere al menos una semana luego de estar asintomático para reiniciar los ejercicios, sin embargo, en las primeras dos semanas debe de ser con la carga mínima y realizar una progresión gradual. Nopp et al han evidenciado que en pacientes con rehabilitación pulmonar ha tenido una mejoría en la capacidad de ejercicio de los pacientes con Long-COVID, mejorando de manera significativa la función pulmonar, así como los síntomas de disnea, fatiga y la calidad de vida. (Stephan Nopp, 2022)

DE ACTUALIDAD

CONCLUSIONES

El Long-COVID es una condición médica relativamente nueva. Se necesitan más estudios para tener un mejor conocimiento de la fisiopatología, los síntomas y el correcto manejo de los pacientes, sin embargo, se ha podido demostrar por la experiencia en la literatura, que el mejor manejo que se puede realizar es a través de un abordaje multidisciplinario de los pacientes, con un seguimiento adecuado, lo que puede ayudar a mejorar dicha condición.

BIBLIOGRAFÍA

- CDC. (31 de Octubre de 2021). Center for Disease Control and Prevention. Obtenido de <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/about-covid-19.html>
- Hung-Jui Chuang, M.-Y. H.-G. (2022). A multi-disciplinary rehabilitation approach for people surviving severe COVID-19- a case series and literature review. *Journal of the Formosan Medical Association*.
- PAHO. (28 de Abril de 2020). Pan American Health Organization. Obtenido de Rehabilitation considerations during the COVID-19 outbreak: <https://www.paho.org/en/documents/rehabilitation-considerations-during-covid-19-outbreak>
- Riccardo Cau, G. F. (2022). LongCOVID diagnosis: From diagnostic to advanced AI-driven models. *European Journal of Radiology*.
- Silvia Staffolani, V. I. (2022). Long COVID-19 syndrome as a fourth phase of SARS-CoV-2 infection. *Le Infezioni in Medicina*, 22-29.
- Stephan Nopp, F. M. (2022). Outpatient Pulmonary Rehabilitation in Patients with Long COVID Improves Exercise Capacity, Functional Status, Dyspnea, Fatigue, and Quality of Life. *Respiration*.
- WHO. (16 de February de 2020). WHO. Obtenido de Report of the WHO-China Joint Mission : <https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- Worldometers. (4 de Abril de 2022). Worldometers. Obtenido de <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Yong Huang, M. D. (2021). COVID Symptoms, Symptom Clusters, and Predictors for Becoming a Long-Hauler: Looking for Clarity in the Haze of the Pandemic. *medRxiv*.

SILICONOMA EN UN GANGLIO INTRAMAMARIO. REPORTE DE UN CASO

Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez*, Dr. Otoniel Díaz Casado. **, Dra. Rosa E. Veras***, Dra. Keidairy M. Adames P.***, Dr. Carlos José Esteva Guillen, Dr. Dra. Elaine Rocío Pérez Ciprian****

*Cirujano Oncólogo, **Cirujano Plástico.

Imagenóloga, *Patólogo, *****Médico general

Recibido: 19 abril 2022

Aprobado: 23 abril 2022

RESUMEN

La mamoplastía de aumento con implantes o prótesis de silicona es la cirugía estética más frecuente. Una de las complicaciones de los implantes es la ruptura, que puede ser intracapsular o extracapsular, migrando la silicona y produciendo los llamados siliconomas que es una reacción a cuerpo extraño por parte del sistema inmunológico. Presentamos un caso de migración de la silicona hacia un ganglio linfático intramamario en una paciente, femenina de 47 años, que se había realizado una mamoplastía de aumento con implantes en el 2013. Asintomática, el diagnóstico se realizó por imágenes: sonografía y resonancia magnética, estudios utilizados para diagnosticar una pérdida de la integridad de los implantes, siendo la resonancia magnética la que tiene mejor sensibilidad y especificidad. En este caso la sonografía mostró la imagen característica de "tormenta de nieve". El manejo de los siliconomas es la resección quirúrgica, recambio de implantes con resección de la cápsula peri protésica. Debe enviarse a patología el espécimen quirúrgico que incluye la cápsula peri protésica y el siliconoma para confirmación histopatológica.

PALABRAS CLAVES

Implantes mamarios, siliconoma.

ABSTRACT

Augmentation mammoplasty with implants or silicone prostheses is the most common cosmetic surgery. One of complications of the implants is the rupture than can be intracapsular or extracapsular migrating the silicone and producing so-called siliconomas which is reaction to a foreign body by the immune system. We present a case of migration of silicone towards an intramammary lymph node in a 47-year-old female, who had undergone an augmentation mammoplasty with implants in 2013. Asymptomatic, the diagnosis was made by imaging: sonography and magnetic resonance imaging which are the studies used to diagnose a loss to implants integrity, with magnetic resonance imaging having the best sensitivity and specificity. In this case, the sonography showed the characteristic image of a "snowstorm". Management of siliconomas is surgical resection, replacement of implants, with resection periprosthetic capsule. The surgical specimen including the periprosthetic capsule and the siliconoma should be sent to pathology for histopathology confirmation.

KEY WORDS

Breast implants, siliconoma.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

La mamoplastia de aumento con implantes o prótesis es la cirugía estética más frecuente que se realiza en la República Dominicana, y probablemente en todo el mundo. Pero además es el procedimiento quirúrgico más frecuente en cirugía oncoplástica reconstructiva después de un cáncer de mama tratado quirúrgicamente con una mastectomía (1). Las prótesis de silicona aparecen a partir de la década del 60, y a través del tiempo se han desarrollado diferentes tipos de implantes (solución salina y silicona), pero actualmente los implantes de silicona son los más usados y en su desarrollo tecnológico van por una tercera generación caracterizado por silicona de bajo peso molecular lo que puede conducir a una debilidad de la cápsula y probable ruptura (2).

La ruptura puede producir una migración de la silicona hacia el tejido mamario, ganglios axilares y áreas anatómicas distantes como las extremidades inferiores (3).

Esto se define como siliconoma: la reacción granulomatosa a cuerpo extraño producida por la silicona líquida en los tejidos y la fibrosis que rodea las gotas de silicona (4).

Esta es una complicación poco frecuente de los implantes de silicona por lo que presentamos este caso como el primero publicado en República Dominicana.

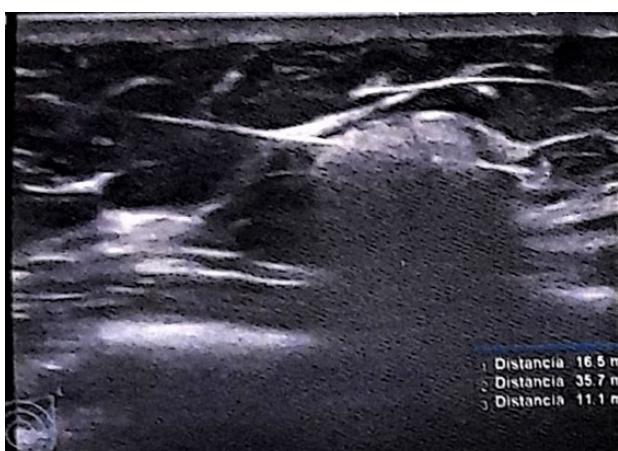


FIGURA 01



FIGURA 02

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una femenina de 47 años, con antecedente de mamoplastía de aumento con implantes de silicona en el 2013. Es referida por cirugía plástica por el hallazgo en los estudios de imágenes (mamografía y sonografía) de un ganglio linfático en unión de los cuadrantes externos de la mama derecha que se describe en la sonografía con corteza fina y con imagen en "tormenta de nieve" (figura #1). La paciente tenía una resonancia magnética previa que había identificado un ganglio linfático intramamario de 12 mm hacia la unión de los cuadrantes externos de la mama derecha, con hipertrofia de la corteza, suaves lobulaciones de sus márgenes con una captación intensa que determina una curva tipo II-III, prótesis integras retro pectorales con acentuación de pliegues radiados y con poca cantidad de líquido periprotésico BIRADS 3 (septiembre 2019).

La resonancia se realiza nuevamente en julio del 2021 con los mismos hallazgos categorizándose como BIRADS 2.

Se decide planificar un recambio de implantes y la resección quirúrgica del ganglio linfático intramamario derecho.



FIGURA 03

Como el ganglio no era palpable se planifica un marcate con arpón sonodirigido del mismo, cambio de implantes y resección en bloque de la cápsula derecha (figura #1)

Para la extirpación del siliconoma se aborda a través del límite lateral de la huella mamaria con la finalidad de ocultar la cicatriz y tener mejores resultados estéticos (figura #2). El abordaje para el recambio de prótesis y resección de la cápsula periprotésica se realizó a través de una incisión en L-J bilateral y una mastopexia con pedículo superior (figuras #3 y #4). El ganglio y ambas cápsulas se enviaron a patología confirmándose el diagnóstico histopatológico de siliconoma en el ganglio y la cápsula derecha (figuras #5 y #6).

DISCUSIÓN

El paciente con implantes debe de ser evaluado anualmente en una consulta de mamas por un mastólogo o cirujano oncólogo, independientemente de su seguimiento con el cirujano plástico. Esto incluye sus estudios de imágenes y el examen físico. La sonografía mamaria es un estudio que identifica los siliconomas con una imagen muy característica: en tormenta de nieve (4), pero la resonancia magnética es el estudio

con mejor sensibilidad y especificidad para valorar la integridad de los implantes mamarios, en caso de una rotura se pueden presentar el signo de linguini o el de la lágrima (5). En este caso no se identificó la pérdida de la integridad del implante con la resonancia magnética.

La ruptura de los implantes puede ser intracapsular o extracapsular. En ocasiones el lugar donde se permeabiliza la silicona nunca es detectado como es el caso que presentamos. La reacción del sistema inmune es el de aislar ese material extraño formando una masa o siliconoma.

El mecanismo de migración de ese material todavía no está claro, especialmente como este caso, donde no se identificó un lugar en el implante donde se produjo la filtración y se ha sugerido que las moléculas de silicona son absorvidas y diseminadas por el sistema hematígeno o linfático a través de las paredes de los vasos o el flujo vascular (6).

Este material puede migrar a sitios tan lejanos como las extremidades inferiores, región inguinal; también pared torácica, abdominal y extremidades superiores (7).

En el escenario de la cirugía reconstructiva, después de una mastectomía terapéutica y que la paciente necesite radioterapia adyuvante, no se ha informado un aumento del riesgo de ruptura (8).



FIGURA 04

EDITORIAL

El manejo siempre debe ser el de la resección del siliconoma y el cambio de los implantes con la extirpación de la cápsula, así como enviar a patología.

El paciente debe de tener un seguimiento por el proceso de deterioro de los implantes a través de los años y para poder detectar oportunamente la presencia de otros siliconomas.

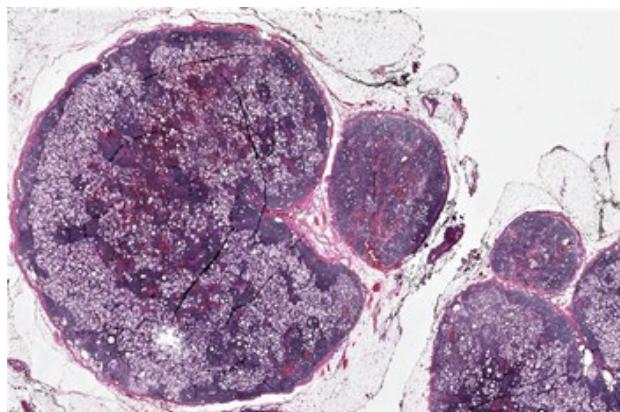


FIGURA 05

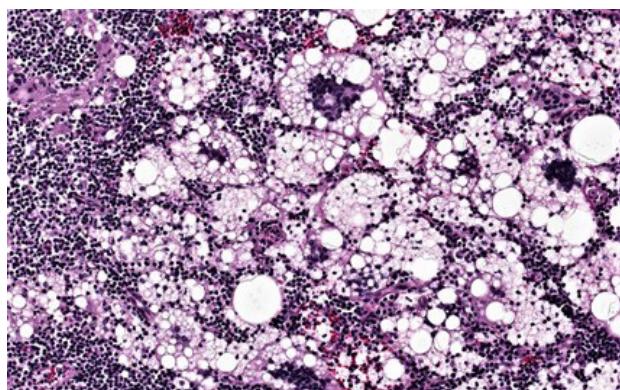


FIGURA 06. Ganglio linfático con histiocitosis y reacción gigantocelular a material globular exógeno, translúcido y amorfó, morfológicamente compatible con granuloma por silicona (siliconoma).

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Brown MH, Shenquer R, Silver SA. (2005) Cohesive silicone gel breast implants in aesthetic and reconstructive breast surgery. *Plast Reconstr Surg* 116:768-779
- 2-Handel N, Garcia ME, Wixstrom R (2013) Breast implant rupture causes, incidence, clinical impact, and management. *Plast Reconstr Surg* 132(5):1128-1137
- 3-Sagi L, Baum S, Lyakhovisky A, et al. (2009) Silicone breast implant rupture presenting as bilateral leg nodules. *Clin Exp Dermatol*;34:88-121
- 4-Soler A, Sanchez L (2011) Siliconoma. *Imagen Diagn*;2(2):75-76
- 5-Rella L, Telegrafo M, Nardone A et al. (2015) MRI evaluation of post-mastectomy irradiated breast implants: prevalence and analysis of complications. *Clin Radiol* 70:948-953
- 6-Travis WD, Balogh K, Abraham JL (1985). Silicone granulomas: report of three cases of review of literature. *Hum Pathol*, 16:19-27
- 7-Capozzi A, Du Bou R, Pennisi VR. (1978) Distant migration of silicone gel from a ruptured breast implant. Case report. *Plast Reconstr Surg*; 62:302-303
- 8-Urban C, Rietjens M, El-Tamer M, Sachini VS (2019) Implant rupture. *Oncoplastic and reconstructive breast surgery*. Second edition; 609-6013. Springer International.

HACIA UN PARADIGMA EN LA PLANIFICACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES EN LA ATENCIÓN DE SALUD

Sandra M. Fábregas Troche Ph.D.
Red Panamericana de Bioética y Comunicación
Centro Latino Bioética y Humanidades

“No podemos planificar para todo, pero podemos hablar de lo que es más importante en nuestra vida, y en nuestro cuidado de salud-con los que más nos interesan”.

Conversation Project, 2012

INTRODUCCIÓN

Con la pandemia de la COVID-19, se ha vuelto a retomar la discusión de la importancia de planificar la toma de decisiones en el ámbito de salud, especialmente en lo que se refiere al paciente. La herramienta más conocida para llevar a cabo este proceso de planificación es la llamada voluntad anticipada. Con la pandemia particularmente, hubo un desbordamiento de pacientes clínicamente complicados en entornos hospitalarios en los cuales hubiese sido de gran utilidad la existencia de esta herramienta, que, en el mejor de los casos, debe estar por escrito. Sin embargo, esta gestión anticipada para hacer valer la bien llamada autonomía del paciente estuvo muy lejos de ser un tema prioritario en los foros donde se hablaba del COVID19 y todo lo asociado a ello, especialmente en nuestro ámbito latinoamericano. Es por esta razón que ampliaré en el tema exponiendo la importancia de sostener el diálogo en torno al mismo, las razones por la cual se ha dilatado el tema de la planificación en la toma de decisiones en los escenarios de servicios de salud y algunas iniciativas, con especial atención a las que se llevan a cabo desde el Conversation Project, bajo los auspicios del Institute for Healthcare

Improvement cuyo objetivo principal es ayudar a todos a establecer preferencias de cuidado hacia al final de la vida, y que éstas se comprendan y se respeten.

LA IMPORTANCIA DE PLANIFICAR LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD

Aunque el tema de planificar con anticipación lo que se desea como cuidados médicos es uno que lleva varias décadas entre los estudiosos de la bioética, la realidad es que todavía sigue siendo un tema novel tanto para el paciente, los cuidadores y más importante-los profesionales de la salud.

A nivel del paciente, el beneficio de planificar está en primera instancia, en asegurarse que se respeta su autonomía de parte del equipo en la toma de decisiones. En otras palabras, le permite establecer sus preferencias en los tratamientos médicos y a proteger su independencia dentro del sistema de salud y la sociedad en general. Para los cuidadores, el beneficio está en la disminución del estrés o la ansiedad, ya que les permite hablar con claridad sobre estas situaciones. Para los profesionales de la salud, estos podrán evidenciar menos conflictos al tomar decisiones y, a la vez, les permite diseñar

REFLEXIONES BIOÉTICAS

cuidados orientados al confort y así mejorar el control de los síntomas mentales y físicos del paciente en sus últimas fases de vida.

LIMITACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN ANTICIPADA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Las limitaciones generales que se exponen en la literatura provienen mayormente de la herramienta existente para tal propósito-la Voluntad Anticipada. Primero: se presenta falta de homogeneidad en el proceso de expresar la voluntad en lo que se refiere la toma de decisiones. Segundo: la herramienta presenta muchos nombres- voluntades anticipadas, directrices anticipadas y testamento vital. Tercero- se hace uso de un lenguaje jurídico complejo durante el ejercicio de planificación y Cuarto-falta de claridad acerca del lugar donde serán guardadas o aseguradas y la forma en que tendrá acceso a las mismas el paciente o el encargado, de no tenerlas consigo en el momento de necesitarlas. De parte de los pacientes y de sus familiares, se reconocen limitaciones de falta de comprensión sobre la gravedad de la enfermedad y su pronóstico, dificultad para comprender las limitaciones y complicaciones de las intervenciones para mantenerle la vida. De parte del profesional de la salud, existe limitación de tiempo ya que tiene muchas tareas clínicas y de carácter organizativo que le ocupa más tiempo, por lo cual, no puede dar la atención que se merece el paciente y así poder aclarar sus dudas. También están las limitaciones generadas por la ausencia de (o por las dificultades con) el representante que va a decidir en el futuro: pacientes que no tienen familia. Incluye también aquellas opiniones discordantes con las del paciente.

Varios autores coinciden en que el conocimiento de los profesionales de la salud respecto a las Voluntades Anticipadas es muy bajo y que no

tienen capacitación adecuada sobre el desarrollo y aplicación de estas.

Frente a esta situación, esta autora con dos colaboradores bioeticistas-uno en Nueva York y otro en Chile, procedimos en mayo de 2021 a auscultar elementos vinculados a la planificación de la toma de decisiones en el entorno de los servicios de salud, desde el lenguaje que provee la discusión de la voluntad anticipada. Utilizamos el directorio de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE) con una eventual participación de bioeticistas de: Argentina, Costa Rica, Chile, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Puerto Rico. La mitad de los participantes, eran médicos. La mayoría de ellos, tenían vasta experiencia en la enseñanza de Bioética y al menos tres se les considera pioneros en el desarrollo de la Bioética en sus respectivos países. Entre los resultados más preocupantes que se desprenden de un encuentro virtual de dos horas que se sostuvo con todos ellos, es que no existe una cultura de planificar con anticipación la toma de decisiones en el ámbito de salud, y menos si se trata de hacerlo por escrito mediante un documento escrito. Del grupo consultado, solo una bioeticista había planificado por escrito sus preferencias, la mayoría lo hace de forma verbal. En la conversación se trajo el caso de los Testigos de Jehová-como excepción a la regla-los si cuentan con un documento que evidencia sus preferencias en la toma de decisiones. En República Dominicana, aunque no hay una cultura de establecer las voluntades anticipadas por escrito, algunas personas las expresan en su testamento.

Fue interesante conocer de primera mano las barreras que se les presentan para lograr la planificación anticipada para la toma de decisiones, ya que amplía lo que ya se había expresado en la teoría. A continuación, las que expuso el grupo:

(1) la muerte y el morir no es una materia de conversación, es algo de lo que no se debe hablar. Es una especie de conspiración del silencio (2) No existe una cultura de escribir las voluntades anticipadas, pues no se conoce sobre la existencia de un documento para ello, 3) Los que conocen el documento, indican que es muy complejo, (4) tanto el médico como la familia exhiben comportamientos paternalistas, (5) los pacientes sienten miedo de que sus voluntades anticipadas se conozcan y que el médico los deje morir, (6) hay una tendencia al cuidado fútil y a practicar una medicina defensiva (7) falta de capacitación de los profesionales de la salud para reflexionar sobre los temas de la muerte y (8) la incapacidad de establecer un diálogo en ambientes más íntimos.

CONDICIONES PARA QUE SE PUEDA LLEGAR A UN PARADIGMA

Si partimos de la premisa de que el paradigma debe contar con la herramienta que provee la bien llamada voluntad anticipada, es de mucho valor lo que recomendaron los bioeticistas latinoamericanos asociados a FELAIBE a los que consultamos. Sobresalen las siguientes: (1) Capacitar a los médicos en los aspectos humanistas del cuidado de salud. (2) Valorar el servicio que ofrecen otros profesionales en cuidados intensivos y se promueva un elemento de “cuidado” en las acciones mas pequeñas. (3) Comenzar en cuidado primario con una Voluntad Adelantada Planificada que evolucione a una Directriz Adelantada hacia decisiones clínicas (4) Más cercanía de los profesionales de la salud a un lenguaje de calidad y de cuidado, (5) Comenzarle a enseñar al paciente un esquema o concepto de la voluntad anticipada (6) Crear una cultura de libertad, hay mucha pasividad y obediencia. (7) De parte del médico, que haya

más conversaciones con los miembros de la familia para evitar complicaciones, de parte del paciente, que se desarrolle una comunicación clara, asertiva y cálida y (8) Promover desde un modelo de ética organizacional de la institución de salud las voluntades anticipadas como parte de un servicio holístico.

Aunque hemos dicho que no hay una cultura con el proceso de planificar la toma de decisiones, pudimos conocer tres experiencias que con el COVID 19 vale la pena mencionar ofrecidas por los participantes de Costa Rica, Chile y Puerto Rico. En el caso de Chile, hubo pacientes se expresaron públicamente sobre la preferencia de no entrar a la UCI durante la situación del COVID 19. Expresaron sus razones de por que no querían más tratamiento. En Costa Rica, los testigos de Jehová estuvieron preocupados y contaron con sus propios documentos. Algunas personas habían ido a sus abogados, pero estos no sabían qué hacer. Llegaron al hospital miembros de los Testigos de Jehová, algunos con estos documentos y el Comité de Ética hizo recomendaciones para que se respetara la voluntad del paciente. También se preparó un protocolo con comunicaciones alternativas como el teléfono, por ejemplo. Por último, en el caso de Puerto Rico se proveyó dentro de la voluntad anticipada, para la asistencia espiritual del paciente.

En síntesis, la adopción de las Voluntades Anticipadas como documento escrito enfrenta desafíos en varios niveles: todavía persiste un modelo biomédico en la prestación de asistencia sanitaria que no la considera, a los profesionales de la salud todavía les falta información sobre éstas y persiste una actitud paternalista. Esto lleva a que a los pacientes todavía les falte comprensión sobre lo que significa tener una “voluntad anticipada” o planificar la toma de decisiones de salud hacia el final de la vida.

REFLEXIONES BIOÉTICAS

URGE TRABAJAR EN UN PARADIGMA PARA PLANIFICAR ANTICIPADAMENTE LAS DECISIONES

Aunque existen muchos aportes y escritos centrados en los aspectos jurídicos de las voluntades anticipadas, todavía en el ámbito clínico, que es donde deben ser instauradas como un elemento más que facilite la relación médico y paciente, es escaso.

Con tan pocos avances en la planificación en la toma de decisiones en el ámbito clínico, hay que trabajar en un paradigma que garantice una cultura de anticipar en situaciones críticas como lo ha sido la epidemia del COVID 19.

El Conversation Project, cuyo origen está en los Estados Unidos, parece atender algunas de las barreras existentes en nuestros países. Éste, originados en los Estados Unidos en el 2012, ha predicado que hay que planificar anticipadamente. Tanto ha sido su preocupación que todos los 16 de abril celebran el National Healthcare Decisions Day en los 50 estados de E.U. La iniciativa comprende múltiples estrategias con las que pretenden inspirar, educar y empoderar al público y a los proveedores sobre la importancia de planificar con antelación, especialmente en momentos en que no podamos tomar decisiones críticas de salud. Ante la epidemia del COVID 19, han recomendado que las personas preparen un bolso para llevarse al Hospital (de ser el caso) que incluya, entre otros artículos mas personales: copia de las voluntades anticipadas y el nombre de contacto del encargado de tomar decisiones. Al presente el Conversation Project es conocido en más de 160 países y sus materiales están disponibles en 14 idiomas que incluye el español.

Por todo lo expresado anteriormente, ya existen los elementos necesarios para proponer un

paradigma para la toma de decisiones en los diversos escenarios de salud de nuestra Región que valore los procesos comunicacionales.

REFERENCIAS

- ÁLVAREZ, E. *Dilemas Bioéticos en la Práctica de la Resucitación Pulmonar (RCP)*. Tesis de Máster Universitario en Bioética, Universidad Internacional de Valencia. 2019.
- FÁBREGAS, S. *Propuesta: Las Directrices Anticipadas: Un imperativo Humano, Ético y Social para el final de la vida*. Presentada a la Fundación de las Humanidades en San Juan. Junio 2017.
- FÁBREGAS, S., RIVERA., LEÓN. *Una perspectiva multicultural e interdisciplinaria sobre las Directrices Anticipadas según los profesionales de la bioética asociados a FELAIBE*. Memorias FELAIBE 2021 (en prensa)
- FÁBREGAS. *Las Directrices Anticipadas una herramienta de empoderamiento ante la COVID 19*. Periódico El NUEVO DIA. 12 mayo 2020.
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. <http://theconversationprojectinboulder.org> accesado el 15 de abril de 2022.
- LEÓN, F. *Las voluntades anticipadas: como conjugar autonomía y beneficencia*. Análisis desde la bioética clínica. Revista conamed, Vol. 13, julio-septiembre 2008
- LUGO, E. 2020 *Directrices Adelantadas-Apuntes sobre su redacción*. Presentación en el Colegio de Abogados y Abogadas de Puerto Rico . Enero 2020
- MARÍN, A., *Las Voluntades Anticipadas: una perspectiva ético-jurídica*. Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasilia, 6(2):10-24, abr./jun, 2017 10 <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v6i2.371>
- RAMÍREZ RIVERA. *Principios Bioéticos Directrices Anticipadas Puertorriqueñas*. Galenus .2009, 12:9-12.

El Protomedicato

Autor: Dr. Herbert Stern
Médico oftalmólogo, historiador

La España del siglo XV creó una institución con la que regulaba el ejercicio y práctica de la medicina, y era la encargada de dar las autorizaciones a los diversos actores de la salud para el ejercicio de su quehacer, como sangradores y barberos.

Una de las características principales de la colonización española del Nuevo Mundo fue el paulatino traspaso de instituciones castellanas a estos nuevos territorios. En Castilla funcionaba desde los primeros años del reinado de los Reyes Católicos el Real Tribunal del Protomedicato, institución médica cuyo objetivo era el de cuidar el ejercicio de las profesiones médicas, así como ejercer una función docente y atender la formación de estos profesionales tratando con ello de garantizar un correcto tratamiento médico de los ciudadanos. Su creación se institucionaliza en la Real Cédula del 30 de marzo de 1477 y en 1579 Felipe II emite una pragmática que la reforma en múltiples aspectos y la implanta en el Nuevo Mundo: "Deseamos que nuestros vasallos gocen de larga vida y se conserven en perfecta salud. Tenemos a nuestro cuidado proveerlos de médicos y maestros que los enseñen y curen en sus enfermedades, y a este fin se han fundado cátedras de medicina y filosofía en las universidades más principales de las Indias".

Es así que, en los primeros años del siglo XVI se estableció en Santo Domingo el primer Protomedicato de América al que se le dió el nombre de "Protomedicato Edil", ya que eran los alcaldes y las personalidades de cada población quienes lo componían. Posteriormente fue sustituido por el Protomedicato Universitario,

aun cuando desde 1494, ya existía en La Isabela un tribunal en condiciones de autorizar estas mismas funciones a los que lo solicitaren. En 1511, según las notas de Francisco Guerra, existía en Santo Domingo un protomédico, el Bachiller en Medicina González Velloso. En 1517 el Obispo de Tuy nombraría un nuevo protomédico. Ese protomedicato tuvo que enfrentar la primera epidemia de viruelas del nuevo mundo. En 1519 se otorgó poder al licenciado Pedro López, al doctor Barrera y a un boticario residente en Santo Domingo, para ejercer como protomédicos en esa ciudad con la labor de "examinar, por lo tanto, físicos, cirujanos, especieros, herbolarios, oculistas, ensalmadores, maestros de curar roturas y curar bubes, así como maestros en curar enfermos de lepra".

Durante mucho tiempo se estuvo autorizando a personas que no reunían los requisitos necesarios para ejercer dichas funciones, pero que por medio de influencias o amiguismos lograban obtener el permiso que necesitaban para ello. Hacia el año 1528, Hernando de Sepúlveda solicitó ser parte del tribunal del protomedicato, de forma ad honorem, con capacidad para sangrar y curar llagas y hacer ungüentos. Sin embargo, su estancia en Santo Domingo fue breve pues en 1537 se encontraba en Perú. Se estima que para el 1530 no había médicos que formaran parte del tribunal del protomedicato, razón por la cual esa función la ejercían los ayuntamientos como ya habíamos mencionado. En el 1559 llegó a la Isla Española el licenciado Juan Méndez Nieto, quien en el tiempo que residió en Santo Domingo escribió uno de los primeros textos médicos que se conocen en América, de

SECCIÓN HISTÓRICA

amplia difusión en Colombia. Debemos señalar que Juan Méndez Nieto obtuvo el permiso para ejercer como médico por el cabildo sin presentar exámen ante tribunal médico alguno. Este médico, judío converso y egresado de la Universidad de Salamanca, vino a estas tierras buscando refugio de intrigas, andanzas y del Santo Oficio. Ya aquí, y a causa de la efectividad, capacidad de trabajo y dedicación a éste, tuvo enfrentamientos con otros médicos de la ciudad menos diligentes, y a ello le sumamos el hecho de que el Santo Oficio le seguía los pasos y ya se preparaba para confiscarle sus bienes, se vio urgido a emigrar rápidamente nueva vez, esta vez a Cartagena de Indias.

En el 1561 el boticario Andrés Acevedo solicitó al Cabildo la autorización para ejercer como tal, y hubo que nombrar a un médico y a un boticario para que le examinaran y extendieran la autorización. Hacia 1570 se tienen noticias de que Antonio de Ulloa solicitó autorización para ejercer como protomedico, pero esta autorización no llegó a concretarse.

El Tribunal del Protomedicato también regulaba los contratos de las relaciones entre médicos y pacientes y establecía la cantidad a pagar por tratamiento y honorarios. En caso de que el paciente no pudiera asumir dichos costos, el médico estaba autorizado a rescindir el contrato. Además, el tribunal concedía a los médicos potestad para vender medicinas a los pacientes, lo que les reportaba importantes beneficios.

En 1579 se institucionaliza el Protomedicato con una Pragmática dictada por el Rey Felipe II que lo reforma en múltiples aspectos y la implanta en el Nuevo Mundo: "Deseamos que nuestros vasallos gocen de larga vida y se conserven en perfecta salud. Tenemos a nuestro cuidado proveerlos de médicos y maestros que los enseñen y curen en sus enfermedades, y a este fin se han fundado cátedras de medicina y filosofía en las universidades más principales de las Indias". Los protomedicatos más importantes fueron los de México y La Habana. Luego de

la promulgación de la reforma de Felipe II, se estableció un importante Tribunal Central en la Nueva España, México.

Hernando de Sepúlveda asumió el protomedicato tras Pedro Rodríguez, pero no fue bien recibido por la población. El protomedicato regulaba lo que cobraban los médicos, que eran unos 50,000 maravedíes al año, aunque Álvarez Chanca había solicitado en varias ocasiones que era insuficiente y debía aumentarse a 200,000 maravedíes. Los farmacéuticos recibían unos 20,000 maravedíes anualmente. Las profesiones médicas, desde el inicio de la conquista eran motivo de control y supervisión de las autoridades pues eran profesiones rentables por la posibilidad de los médicos de vender directamente a los pacientes los medicamentos.

Durante los siglos XVI y XVII, sólo existía en la isla el Protomedicato edil, solo los ayuntamientos tenían la facultad de autorizar el ejercicio de las profesiones médicas. En 1606 ocupó la plaza de protomedico el Lic. Juan Rodríguez de la Vega. En 1687 ocupaba el protomedicato el doctor Fernando Díaz y Leyba, quién impartía la Catedra Prima en la Universidad Primada. Para 1699, y de acuerdo con el reporte que hizo Haro Monterroso, nadie estaba ocupando la posición de Protomedico, y su función estaba a cargo del edil del Ayuntamiento. En 1743, fungía como protomedico el bachiller Manuel de Herrera.

Así transcurrieron 200 años del Protomedicato hasta 1795, primero con la cesión de España a Francia de la parte Este de la isla, hasta ese momento colonia española, lo que se conoció como la Era de Francia, con la consiguiente fuga de las familias pudientes y cultas de la colonia española hacia destinos más seguros, y segundo, con la posterior ocupación de una Haití liberada e independiente de Francia, en 1822, la Era Haitiana, que duraría hasta 1844. La ocupación haitiana dificultó la formación y el ejercicio de las profesiones e implantó El Juro Médico.

LA ENFERMEDAD

Autor:

Dr. Luis Ortiz Hadad

Expresidente Academia Dominicana de Medicina

Normalmente se suele pensar que la razón de existir los médicos es la enfermedad, pero en realidad lo es la salud; ya sea conservarla, mejorarla o recuperarla.

Según la OMS, la definición de enfermedad es: "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible".

Podríamos decir que la enfermedad es la falta de la salud en algún aspecto de la existencia de un organismo.

En temas anteriores hemos comentado que el término salud es extensivo a todos los aspectos de la existencia, por lo que podría establecerse que es cualquier alteración del buen funcionamiento de la vida de una persona que le genere malestar. Debe afectar en alguna manera la calidad de vida para considerarse enfermedad, así si alguna alteración física se considera una bendición o virtud en una cultura determinada, considerarla enfermedad sería discutible.

Las enfermedades podrán ser generadas por trastornos estructurales, funcionales o mentales. Normalmente los estructurales repercuten en los funcionales y psicológicos, pero estos dos últimos pueden presentarse interactuando entre ellos sin que exista alguna lesión o alteración estructural demostrable.

Es muy difícil encontrarse en un estado de salud perfecta y a menudo, quienes se declaran totalmente sanos lo hacen porque tienen algún tiempo que no realizan consultas médicas.

Como el miedo es un motor muy importante para la humanidad, el dirigirlo hacia la enfermedad o la muerte podría considerarse rentable, de tal forma vemos que, en la mayoría de las

presentaciones médicas por los medios, los temas son enfocados para incrementar el temor a las enfermedades, lo que garantizaría una mayor demanda de los servicios médicos que se estuvieran ofertando. Una mezcla de filantropía y mercadeo, con el inconveniente de que contribuye a aumentar los altos niveles de ansiedad en que ya vive la humanidad actual. La importancia de las enfermedades dependerá bastante de la valoración subjetiva del propio enfermo. Por ejemplo, respecto a la dificultad para caminar, un paciente podría interpretarlo simplemente como un contratiempo y en otro, podría ser el motivo de su suicidio. Una deficiencia visual suele considerarse más traumática en un pintor que en un músico. De igual forma, la sociedad podrá valorar una enfermedad de forma diferente según la proyección social de cada persona, por ejemplo, no es lo mismo el alcoholismo en un artista que en un piloto comercial.

Es algo sutil, aunque importante, la diferencia que existe entre los médicos que tratan al enfermo y los que tratan a la enfermedad. Algunos médicos sólo comprenden la diferencia cuando les toca padecer en carne propia una enfermedad de cierta gravedad. Los médicos que poseen la capacidad de descubrir al ser humano que viene junto con la enfermedad, disponen de un importante recurso adicional para realizar una medicina más completa. El humanismo permite una comunicación más asertiva, pudiendo darse respuesta a las verdaderas preguntas del paciente. A veces el paciente recibe un excelente tratamiento, pero inadecuado para la dolencia real que lo llevó a consultar.

El enfoque de la enfermedad lamentablemente suele verse contaminado por el elemento

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

económico. El hecho de que el médico perciba una buena remuneración al combatir las enfermedades para las que se especializó, tiende a ser determinante en el interés que mostrará por su trabajo, por razones fácil de entender. Sin embargo, siempre han existido los médicos consagrados a su labor con una fuerte vocación de servicio, aunque actualmente si son poco mercuriales podrían recibir burlas o críticas.

A lo anterior se suma el hecho de que en la actualidad cada vez se impone más la presencia de los intermediarios entre el paciente y el profesional de la salud. Podría esperarse cierto grado de vocación altruista en el médico, quien se sintió motivado a convertirse en un prestador de servicios de salud; pero es difícil encontrar la misma sensibilidad humana en el empresario, quien entra al escenario, haciendo inversiones financieras con la esperanza de obtener los beneficios más cuantiosos posibles, aunque procurará mantener las apariencias de filantropía. Por lo anterior, no es extraño ver aseguradoras negando coberturas a servicios de salud necesarios para enfrentar algunas enfermedades determinadas, incluso sabiendo que podría costarles la vida a muchas personas. Vivimos hoy en una aldea global y por más que se ignoren las regiones empobrecidas, sabemos que el eslabón más débil de la humanidad puede ser la puerta de entrada de una patología que ponga en riesgo a toda nuestra especie. Por más barreras que pongamos en torno a nosotros, siempre estaremos en riesgo de que nos alcance la enfermedad que padecieran los más desprotegidos.

Normalmente no se contraen enfermedades a voluntad, a no ser cuando alguien la provoca o la finge con algunos fines determinados, por ejemplo: para faltar al trabajo. En ocasiones ha habido soldados que se realizan disparos que rozan su propio pie, para forzar que los liberen de una posición de servicio que les resulta intolerable.

Nuestras enfermedades suelen relacionarse con la forma en que pensemos.

Lo normal es que controlemos de forma voluntaria nuestra mente consciente, la cual tiene acceso a las informaciones que perciben nuestros sentidos y se reportan en el cerebro. De igual forma, tenemos opción de generar reacciones en nuestros centros corticales en respuestas a nuestras percepciones, incentivadas por la lectura que nuestro sistema límbico realiza de nuestras sensaciones y que combina con nuestras emociones. Podríamos decir que de esa forma además de conocer, sentimos lo que conocemos, lo que motivará nuestras acciones (principal diferencia con la inteligencia artificial). Consecuencia de lo anterior, como tenemos el control de nuestra área motora, podemos ejecutar acciones voluntarias en respuesta a nuestras vivencias y de manera especial, a nuestra interpretación personal de las experiencias que tenemos. Cualquier alteración sostenida de los procesos que acabamos de mencionar se incluiría dentro de la clasificación de enfermedades.

Sin embargo, nuestra mente inconsciente registra el resto de las informaciones a las que no le prestamos atención y a la vez controla aquellas funciones que nuestra voluntad no controla. No importa qué tan distraído me encuentre, mi corazón seguirá latiendo y mi función digestiva seguirá su proceso natural. Pero cuando nuestro inconsciente se encuentra seriamente afectado por conflictos prolongados (estrés, ansiedad, depresión, odio, miedo, culpa, etc.), tiende a provocar trastornos neurofisiológicos que se manifiestan alterando cuantitativamente nuestros neurotransmisores lo que repercutirá en el funcionamiento de nuestro cuerpo. Lo anterior acontece porque se desequilibran los sistemas nervioso autónomo, endocrino y cardiovascular, entre otros.

Nuestro organismo mostrará reflejos de las crisis mentales de múltiples formas: taquicardia,

cefalea, diarreas, mareos, broncoconstricción, dermatitis, etc. A menudo ignoramos estos avisos, tomando algún medicamento que anule esta señal para poder seguir adelante, esto contribuiría a mantener la situación que esté alterando nuestra psiconeurofisiología, lo que podría determinar que nuestro inconsciente pase a utilizar otro nivel de manifestaciones, apareciendo entonces las enfermedades que como sabemos podrían suponer un mayor riesgo o daño.

Se han descrito niveles superiores de conciencia que se encargan de regular la vida humana, guardando estrecha relación con los valores vigentes en la sociedad. El paciente interioriza el inconsciente colectivo de la población con la que se relaciona mientras se hace adulto, esto determinará sus procesos mentales y las consecuentes repercusiones físicas. Mientras más civilizada sea una persona, mayor número de valores tendrá y mayor será la repercusión de los pensamientos en su organismo.

Una persona con trastornos psicosociales podría tener importantes desequilibrios mentales capaces de explicar las razones de consultas médicas frecuentes. Cuando el facultativo recibe a estos pacientes visitadores habituales a consultorios médicos, por patologías diferentes (especialmente si no se relacionan entre sí), debiera interesarse por las condiciones generales de vida del enfermo, al identificar algunos factores determinados, podría lograrse interrumpir el desarrollo de esta serie de enfermedades o pseudoenfermedades. En estos pacientes, de no descubrirse el trastorno mental que arrastran, podrían desencadenarse: enfermedades coronarias, arritmias, diabetes, enfermedades digestivas, infecciones a repetición, úlcera péptica, depresión, suicidio y hasta el cáncer. Estos procesos psicosomáticos están siendo demostrados cada vez con mayor precisión. Por lo que decir que un trastorno es psicológico no significa que no sea importante.

En ocasiones las enfermedades son creadas o atraídas por niveles inconscientes de la psique del paciente y se podrían corresponder con deseos de evadir situaciones que se consideran insoportables, esto acontece de forma mayormente involuntaria. Lo anterior podría ser incluso aplicable a la misma muerte, aunque es difícil demostrarlo científicamente, ya que usualmente habrá una posible patología médica a la que se le atribuirá el fallecimiento, pero la decisión de morir del paciente es un elemento que muchos médicos con experiencia no subestiman.

Algunos pacientes que reciben mucho cariño y sobreprotección por estar enfermos podrían tener muy poco interés en recuperar la salud, con este bloqueo psicológico al médico podría resultarle difícil curarlos.

Suele reportarse mayor cantidad de ausentismo laboral por enfermedades en sistemas en los que el trabajador percibe un salario fijo, con respecto a aquellos en que ganan proporcionalmente a su productividad.

Las personas enfermas podrían ser un lastre para la sociedad de una u otra forma, de donde se comprende que cuando el Estado desarrolla políticas sanitarias no es un acto de generosidad sino de necesidad, que repercutirá directamente en su progreso o productividad, además de hacerlo en la calidad de vida de sus ciudadanos. La enfermedad puede invalidar a quien la padece y en ocasiones bloquea también a personas adicionales que se verán obligadas a proporcionar cuidados al enfermo. Sin descontar los riesgos que tienen los cuidadores de enfermarse.

Muchos médicos no consideran que sean de su incumbencia las circunstancias sociales o ambientales que afecten la salud de una población, manteniendo una actitud pasiva frente a ellas, de tal forma que solamente se interesarán cuando llegue la enfermedad como consecuencia de éstas; sin embargo, algunas condiciones de vida son más negativas que el cáncer y el médico podría ser quien mejor comprenda este efecto nocivo sobre la población.

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

Aunque hemos apostado a que la ciencia logrará eliminar las patologías que conocemos, realmente es preciso reconocer que la enfermedad al ser una entidad biológica también puede evolucionar; así vemos como las bacterias se mantienen mutando, pudiendo hacerse resistentes a nuestros antibióticos. De igual forma, la naturaleza suele desarrollar ocasionalmente algún mecanismo para combatir al hombre por ser el peor depredador del planeta.

La ciencia nos sirve para enfrentar los traumas, pero ella también es la responsable de hacerlos cada vez peores, así creamos vehículos más veloces, armas más potentes, mutaciones perjudiciales y substancias químicas letales. De igual forma sabemos que no tenemos ningún medicamento útil frente a las lesiones graves de una explosión nuclear.

Seguramente lo más lamentable son las enfermedades creadas o propagadas por entidades científicas con fines bélicos o debido a intereses mercuriales; lo que no es algo nuevo, ya que existen múltiples casos registrados históricamente, que se incrementaron en la medida en que la humanidad perfeccionó sus conocimientos. Es la famosa guerra biológica que todos supuestamente condenan pero que nunca ha dejado de existir.

Algunos científicos trabajan constantemente para eliminar las enfermedades, mientras otros se mantienen continuamente ideando formas más eficaces de exterminar humanos, es lamentable, pero los segundos podrían recibir mayores patrocinios. Por lo que podemos concluir que la ciencia sin ética o espiritualidad no garantiza el futuro de la humanidad.

Evaluando todo lo expresado, puede comprenderse que la peor enfermedad es la que afecta a la conciencia humana. Así que hoy en día, en la lucha contra las enfermedades, hay más necesidad de valores humanos que de tecnología sofisticada.

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

CONSEJO EDITOR

Dra. Togarma Rodríguez Aquino (directora)
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.

