



BMC en Guinea Conakry: Polihidramnios, vivencia del Ginecobstetra de la Región de Faranah.



Foto 1 Embarazada con Polihidramnios. Cortesía del Dr Jorge Luis Santiago.

Fuente. Brigada Médica en Guinea Conakry.

El Dr. Jorge Luis Santiago Zulueta es uno de los Ginecobstetra de la Brigada Médica Cubana en Guinea Conakry que labora hace más de un año en la Región de Faranah y está consagrado a los principios de la medicina cubana en la atención a la mujer Embarazada y sus complicaciones. Faranah se encuentra en el centro-este del país, la distancia de la Capital a la región es de 462 km con un tiempo estimado de viaje de 12h teniendo en cuenta el estado de la carretera.

POLIHIDRAMNIOS.

Resumen

Polihidramnios es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca. La alteración puede ocurrir cuando el feto no puede tragar la cantidad normal o suficiente de líquido amniótico o debido a diversos problemas gastrointestinales, cerebrales o del sistema nervioso (neurológicos) o de otro tipo de causas relacionadas con el aumento en la producción de líquido como cierto trastorno pulmonar del feto.

Definición

Polihidramnios es la acumulación excesiva de líquido amniótico, que rodea al bebé en el útero durante el embarazo y ocurre en alrededor del 1 o 2 por ciento de los embarazos.

La mayoría de los casos son leves y se deben a una acumulación gradual de líquido amniótico durante la segunda mitad del embarazo.

Síntomas

Los síntomas se producen cuando se ejerce presión dentro del útero y en los órganos cercanos.

El Polihidramnios leve puede provocar pocos signos o síntomas, si es

que
provoca alguno.

El Polihidramnios grave puede provocar lo siguiente: Falta de aire o incapacidad para respirar, inflamación de las extremidades inferiores y la pared abdominal, contracciones uterinas, posición fetal anómala, como presentación de nalgas.

El proveedor de atención médica también puede sospechar de Polihidramnios si tienes el útero excesivamente dilatado y tiene dificultad para sentir al bebé.

Causas

Un defecto de nacimiento que afecta el tubo gastrointestinal o el sistema nervioso central del bebé, Diabetes de la madre, Transfusión feto-fetal: una posible complicación de los embarazos de gemelos idénticos por la que uno de los gemelos recibe demasiada sangre y el otro no, una cantidad insuficiente de glóbulos rojos del bebé (anemia fetal), incompatibilidad de los grupos sanguíneos del bebé e infecciones de la madre durante el embarazo.

Con frecuencia, sin embargo, la causa del polihidramnios no está bien definida.

Complicaciones

El polihidramnios se asocia a lo siguiente:

Nacimiento prematuro, rotura prematura de membranas: cuando rompes la bolsa de manera temprana, desprendimiento de placenta: cuando la placenta se despega de la pared interna del útero antes del parto, prolapso del cordón umbilical: cuando el cordón umbilical desciende dentro de la vagina por delante del bebé, parto por cesárea, muerte fetal y sangrado intenso debido a la falta de tono muscular uterino después del parto.

Cuanto antes comience el polihidramnios en el embarazo y cuanto mayor sea la cantidad de líquido amniótico excesivo, mayor será el riesgo de tener complicaciones.

Vivencia.

El paciente que nosotros asistimos fue una paciente de 30 años de edad (Foto 1 y 2) que llega al servicio con embarazo aparentemente a término refiriendo falta de aire, dificultad para la marcha, además de no soportar el decúbito supino y aumento de volumen de los miembros inferiores.

Examen Físico

Mucosas
hipocoloreadas.

TCS.
Edemas en miembros inferiores.

Aparato Cardiorrespiratorio
normal.

Abdomen.
AU 49 cm, no se puede precisar presentación y foco fetal por la gran
cantidad
de líquido que presenta.

Se
discute el caso y se decide interrupción del embarazo por vía cesárea
encontrando gran cantidad de líquido amniótico, se obtiene recién
nacido vivo
con buen apgar, no presencia de malformaciones externas.

Como complicación
hubo atonía uterina que resuelve con tratamiento.

Dos días
después el recién nacido presenta síntomas digestivos (regurgitación
de la
leche materna) se valora con pediatría planteando una posible
malformación
congénita digestiva, 24 horas después fallece.

No pudimos tener un diagnóstico específico que pudiera explicar la muerte del recién nacido pero estuvieron presente los síntomas específicos que aparecen en el polihidramnio, así como las complicaciones.



Foto 2 Embarazada con Polihidramnios. Cortesía del Dr Jorge Luis Santiago

Fuente : Brigada Médica en Guinea Conakry.

Publicación
del Dr. Jorge Luis Santiago Zulueta

Publicado
por el Dr. Silvio Andrés Cuellar Capote.

Guinea

Conakry, 29 de Octubre del año 2019.



¿Qué ha logrado el Gobierno de Evo Morales en materia económica?



Tras una década de Gobierno, en Bolivia se resaltan los logros alcanzados en materia económica gracias a la política progresista del líder del Movimiento Al Socialismo (MAS)

El presidente del Estado Plurinacional de Bolivia, Evo Morales, fue reelecto para un nuevo mandato por los próximos cinco años, en los que tendrá la oportunidad de seguir ampliando la lista de logros que han permitido el avance de su nación desde 2006, según informó Telesur.

Tras una década de Gobierno del presidente Morales, en el país suramericano se resaltan los logros alcanzados en materia económica, gracias a la política progresista y soberana del líder del Movimiento Al Socialismo (MAS).

Según los últimos reportes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la economía boliviana se incrementó un promedio de 4,9 por ciento cada año, por lo que se convirtió en el país suramericano que más incrementó su Producto Interno Bruto (PIB) durante 2018, con 4,2 por ciento de aumento.

Asimismo, las políticas de Morales han significado una mejoría para los sectores más vulnerables de la nación, reduciendo la pobreza en la nación en un 25 por ciento y la pobreza extrema en 23 por ciento desde 2006.

Según los últimos reportes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), la economía boliviana se incrementó un promedio de 4,9 por ciento cada año, por lo que se convirtió en el país suramericano que más incrementó su Producto Interno Bruto (PIB)

durante
2018, con 4,2 por ciento de aumento.

Asimismo, las políticas de Morales han significado una mejoría para los sectores más vulnerables de la nación, reduciendo la pobreza en la nación en un 25 por ciento y la pobreza extrema en 23 por ciento desde 2006.

El mayor acierto del mandatario boliviano reelecto en los últimos comicios, fue el crecimiento inclusivo que permitió el acceso de las personas con menos recursos a oportunidades en sectores como la salud y la educación.

En este sentido, la tasa de analfabetismo pasó del 13,3 por ciento en 2006 al 4,7 por ciento en 2008. Incluso, consiguió un mínimo histórico en 2018, al cerrar en un 2,4 por ciento.

Las políticas el presidente Morales han derivado en consecuciones fructíferas para la nación en estos 13 años gracias a un viraje del modelo socioeconómico, que dejó atrás el sistema capitalista mediante el desarrollo de políticas inclusivas y la conservación de los recursos naturales.

Cómo eligen morir los médicos y qué podemos aprender sobre ello

En 2011, un médico se hizo famoso por asegurar que sus compañeros fallecen con menos tratamientos agresivos, más tranquilos y con menos dolor que el resto de la gente. Tiempo después, los estudios le han quitado la razón. Morir es difícil para todos. Los especialistas claman por que la calidad de la muerte sea un valor social y por un refuerzo radical de los servicios de dependencia y cuidados paliativos.

Con qué esfuerzos y dolores venimos a este mundo no lo sabemos, pero no suele ser cosa fácil salir de él. Sir Thomas Browne. (La religión de un médico)

No es un tema frecuente de conversación, pero los médicos mueren también. Y no lo hacen como el resto de nosotros. Lo que resulta inusual en ellos no está en cuántos tratamientos reciben en comparación con el resto, sino en cuántos menos. Debido a todo el tiempo que pasan evitando las muertes de otros, tienden a estar bastante serenos cuando se enfrentan a su propia muerte. Saben exactamente lo que va a pasar, conocen las opciones y generalmente tienen acceso a cualquier tipo de tratamiento que quieran. Pero se van con suavidad.

Esto era lo que decía en 2011 Ken Murray, un médico de familia de Los Ángeles ya retirado. Lo hizo en un artículo que tituló *Cómo mueren los médicos*

(No es como el resto de nosotros, pero debería ser así) y en el que también decía: Por supuesto, los médicos no quieren morir, quieren vivir. Pero saben lo suficiente de la medicina moderna como para conocer sus límites. Y saben lo suficiente sobre la muerte para saber qué es a lo que más teme la gente: a morir con dolor y a morir solo.

Ese texto no dejó de compartirse y republicarse en los años

siguientes, dando lugar a *discusiones* sobre por qué los médicos administran tratamientos a enfermos moribundos que rechazarían firmemente para ellos mismos.

Cuando se pregunta a médicos sanos por los tratamientos que querrían al final de sus vidas, eligen menos que el resto de los mortales.

Su impresión era personal, a raíz de sus propias experiencias y ejemplificada en la de un amigo médico que fue diagnosticado de cáncer de páncreas. El cirujano que lo atendió le habló de una nueva técnica que mejoraba moderadamente la expectativa de seguir vivo a los cinco años, pero a cambio de una considerable peor calidad de vida. Él rechazó el tratamiento, decidió irse a su casa a pasar más tiempo con su familia y allí murió, sin volver al hospital.

Después de su artículo se hicieron estudios objetivos y los datos contradijeron a Murray. Cuando se pregunta a personas sanas por el tipo y cantidad de tratamientos que querrían si estuvieran próximas a la muerte, *los médicos tienen claro que prefieren muchos menos.*

Sin embargo, *un trabajo*

en 2016 analizó las muertes de más de 200 000 ciudadanos de Estados Unidos, incluyendo a casi 10 000 médicos. Aunque estos usaron un poco más los cuidados paliativos, pasaron el mismo tiempo en el hospital durante sus últimos meses que el resto de la gente, incluso algo más en cuidados intensivos.

Otro *trabajo del mismo año*

con 600 000 personas sí vio que los médicos morían algo menos en el hospital, pero apenas un 4 % menos, y muchas de las diferencias tenían

que ver más con el nivel socioeconómico que con la profesión.

¿Hay alguna diferencia en cómo viven los médicos la enfermedad y la muerte? ¿Qué supone el contacto continuado con ambas en sus propias vidas? ¿Por qué es tan difícil morir bien? ¿Qué es, al fin y al cabo, morir bien?

Persiguiendo a la muerte

Yo me había metido en esta profesión en parte persiguiendo a la muerte: para comprenderla, para desvelarla, para mirarla a los ojos sin pestañear (...) Pero durante la residencia estaba poniéndose de manifiesto poco a poco otra cosa. Yo todavía no estaba con los enfermos en tales momentos críticos, solo estaba presente en esos momentos críticos. Veía un montón de sufrimiento; peor aún: me habitué a él.

Estas líneas las escribió el neurocirujano Paul Kalanithi en su libro *Recuerda que vas a morir. Vive* (When breath becomes air) poco después de que se le diagnosticara un cáncer de pulmón fatal en 2013, con 36 años. Kalanithi recuerda su relación continua con la muerte y describe cómo la vive cuando le toca enfrentarse a ella en persona. Quizá los médicos estén mejor preparados para ello.

La muerte, para mí tan familiar en mi trabajo, estaba haciéndome ahora una visita personal (...) y, sin embargo, no había en ella nada reconocible, escribía el neurocirujano Paul Kalanithi

Diría que no hay una tendencia clara, responde Agustina Sirgo, psicooncóloga en el Hospital Sant Joan de Reus y presidenta de la *Sociedad Española de Psicooncología*. No hay estudios al respecto, y serían muy interesantes, pero mi impresión personal es que no, continúa.

Quizá la primera capa de discurso, la primera reacción pueda ser diferente, a veces a través de un escapismo científico, tecnológico, pero al fin y al cabo el núcleo del médico es un ser humano al que la profesión puede servirle o no. La cuestión no es la cantidad de relación con la muerte, sino el impacto que produce y cómo se reacciona ante ella. Muchas personas no relacionadas con la sanidad pueden tener esas experiencias e incorporarlas a su favor, añade Sirgo.

No sabría decir, reconoce Fernando Marín, médico especializado en cuidados paliativos y presidente de la asociación *Derecho a Morir Dignamente (DMD)*, mi impresión es que depende de la persona y de su forma de pensar, de sus miedos y experiencias cercanas previas.

La sensación de Marcos Gómez, presidente de honor de la *Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)* y uno de los impulsores de esta disciplina en España, es que no hay grandes diferencias. Yo no sé qué pasará cuando me toque, aunque sí diría que ahora mismo, con la experiencia, tengo menos miedo.

Unas pocas páginas más adelante, una vez conocido el diagnóstico de su tumor en el pulmón, y como respondiendo personalmente a la duda de Marcos Gómez, Kalanithi escribe: La muerte, para mí tan familiar en mi trabajo, estaba haciéndome ahora una visita personal. Aquí estábamos: al fin cara a cara y, sin embargo, no había en ella nada reconocible.

No lo había en buena medida porque, a pesar de la relación continua con los enfermos, no te haces una idea ni de los pequeños detalles: cuando te ponen una vía intravenosa, por ejemplo, notas un sabor salado en cuanto empiezan a administrarte el suero. Me dicen que eso le pasa a todo el mundo pero, aunque yo llevaba once años ejerciendo la medicina, nunca lo había sabido. (...) Simplemente, un dolor de espalda atroz puede moldear una identidad, narra Kalanithi.

¿Hay entonces alguna forma de estar, desde la salud, preparado para la muerte?

Asumiendo, como dijeron en su día Cicerón y Montaigne, que filosofar es aprender a morir, el médico irlandés Seamus O'Mahoney escribió un artículo preguntándose si los *filósofos morían mejor que los médicos*.

La conclusión es que no lo hacen especialmente bien, en general. De ahí que su opción sea la de olvidarla hasta que esta esté cerca y sea visible, que prefiera pensar en qué cocinará para cenar. Otra forma de planteárselo es el de tenerla presente como un rumor que no interfiera en los días, pero que permita reconocerla al acercarse.

Puede que esa sea una opción, apunta Sirgo, pero teniendo en cuenta que pensar demasiado en ella enlata la vida y que hasta ese momento nadie sabe cómo reaccionará. El aquí y ahora será el de ese momento.

Justo antes de morir, Tolstoi dijo que *no entiendo qué se supone que he de hacer*. Anatole Broyard. Ebrio de enfermedad.

Anatole Broyard fue un crítico literario al que en 1989 le diagnosticaron un cáncer de próstata avanzado. Su reacción fue extraña y particular, y la incluyó en un eléctrico libro titulado *Ebrio de enfermedad*. Me pareció que mi existencia había adquirido su propio sistema métrico, como sucede en la poesía o en los taxis (...) En esta fase me encuentro encandilado con mi cáncer. Es algo que apesta a revelación. Esa reacción no es habitual, pero da cuenta de la variedad de formas de afrontar la enfermedad y de que no haya una forma exacta para describir qué es morir bien, aunque para Marín podría resumirse en morir como tú quieres.

Lo que parece claro es que morimos peor de lo que deberíamos. Por ejemplo, hasta el 25 % de los enfermos con cáncer avanzado recibe tratamientos agresivos al final de su vida, definidos objetivamente, señala Marín. Sin ir más lejos, en una muestra de 1 001 enfermos del Hospital Universitario de Santiago de Compostela, el 19 % recibió dosis de quimioterapia en los últimos cinco días de vida.

La calidad de muerte no es un valor social, prosigue Marín, quien se alarma al explicar que el 25 % de los médicos no sabe siquiera si el testamento vital está regulado, que es casi como decir que desconocen la insulina.

Los hospitales están contruidos para diagnosticar y curar. En ellos la muerte es una intrusa, asegura Marcos Gómez. Una prueba de ello sería el hecho de que hasta la mitad de las universidades españolas no ofrecen ni siquiera la asignatura de cuidados paliativos, y a nivel hospitalario estamos en el puesto 31 de 49 en la Unión Europea en esta materia. Esto, según Gómez, implica que 75 000 personas mueren cada año en España con un sufrimiento que sería evitable, entre ellas 1 100

niños". Los paliativos no son un fin en sí mismo, pero sí un medio para morir bien, completa Marín.

La imagen con la que se ha comparado a veces la sanidad al final de la vida es la de un tren que avanza con la inercia de la curación y del que es muy difícil saltar. Eso, junto con el hecho de que las personas cambiamos de pensamiento en momentos de desesperación, podría explicar por qué ni siquiera los médicos mueren mejor, razona Sirgo.

Ahora mismo en España son diez las comunidades autónomas que tienen una ley específica de muerte digna, pero en realidad hay una falta de voluntad política, critica Marín. Se trata de una ley básicamente pedagógica, un catálogo de buenas intenciones. En la práctica real no hay diferencias entre quienes la han adoptado y quienes no lo han hecho.

Lo que se pide es una ley acompañada de presupuestos que permita aumentar las unidades de paliativos y diseñar planes adecuados a cada lugar, darle mucha más importancia al valor del testamento vital y al derecho a morir en una habitación individual, añade.

También insiste en mejorar los servicios de asistencia domiciliaria, porque la casa de cada uno es el sitio preferido para morir. Y el más barato, completa Gómez, para quien ahora mismo la forma de morir es casi una cuestión de suerte que depende de la región, del hospital y, en última instancia, de la unidad que a uno le toque. Tiene claro que no puede ser que resulte más fácil programar una operación que una ayuda para darles de comer y asearse en su propia casa.

Los conflictos éticos

Lo que un enfermo crítico necesita, sobre todo, es que le entiendan. Morir es un malentendido que es preciso aclarar antes del fin. Anatole Broyard. 'Ebrio de enfermedad'.

Ocultar información al enfermo es una irresponsabilidad que dificulta el proceso de morir bien. No existe el derecho a no conocer, dice Marín

En La muerte de Ivan Ilyich, la novela de Tolstoi, lo que más atormentaba al protagonista era la pretensión, la mentira, que por alguna razón todos mantenían, de que estaba simplemente enfermo y no muriéndose. Este fenómeno, que se ha dado en llamar la conspiración del silencio, afecta al 50 % de las situaciones en cuidados paliativos, explica Marín. Sucede en gran medida por las familias, que en general actúan con la buena intención de proteger al enfermo. Pero también por los médicos, para los que muchas veces no supone una prioridad y a los que deja en una posición más cómoda. Sin embargo, se trata de una irresponsabilidad que dificulta el proceso de morir bien. Aunque hay gente que no esté de acuerdo, no existe el derecho a no conocer.

Para Marcos Gómez hay un problema gravísimo de comunicación. Es una cuestión a veces de falta de tiempo, pero también de formación. A los médicos no nos han enseñado, y es un acto médico no solo importantísimo, sino posiblemente también el más difícil. Un acto que, según Sirgo, debe hacerse con el tiempo, el respeto y la generosidad adecuados. Y sin prejuicios por ambas partes. Kalanithi tuvo suerte con quien lo atendió, y describió así un momento de esa etapa, juntos.

Ahí estábamos, el médico y el enfermo, unidos en una relación que a veces adopta un tono magistral y otras veces, como ahora, no era ni más ni menos que la relación de dos personas que se acurrucan juntas mientras una de ellas se enfrenta al abismo.

Esa era asimismo la búsqueda de Broyard, la de alguien que sea capaz de ir más allá de la ciencia y llegar a la persona... capaz de imaginar la soledad en la que viven los enfermos críticos, porque no veía que haya razón por la cual tenga que dejar de ser un médico para ser un ser humano amateur.

En esa relación al final de la vida aparecen también otro tipo de conflictos, como el de la posible inducción de la muerte llegado el momento y el caso. Hay una fina línea, para algunos, muy importante, entre una sedación paliativa no intermitente y una eutanasia activa.

La eutanasia podría ser un recurso para aproximadamente el 3 % de nosotros, para hasta el 50 % vamos a necesitar cuidados paliativos, lamenta Gómez.

La primera consiste en dormir al enfermo con la posibilidad añadida de interrumpir su nutrición e hidratación, lo que lleva en un tiempo breve hasta la muerte. Algo que se hace más veces de lo que se dice, afirma Marín. En la segunda se administra una dosis letal de alguna sustancia, que es lo que provoca directamente el fallecimiento. Deontológicamente es algo muy diferente, sostiene Gómez, quien, al contrario que Marín, se opone a esta segunda práctica.

Gómez prefiere poner el foco en la absoluta necesidad de mejorar los cuidados paliativos y la atención al final de la vida. Poner el foco en la eutanasia es como construir la casa por el tejado. Cada día se mueren cien personas en España esperando la ayuda a la dependencia a la que tienen derecho. La eutanasia podría ser un recurso para aproximadamente el 3 % de nosotros, para hasta el 50 % vamos a necesitar cuidados paliativos, lamenta con estupor.

Aunque se opone a la eutanasia, se le pregunta por su opinión sobre el *último caso mediático*, el del hombre ahora imputado que ayudó a morir a su mujer, enferma de esclerosis múltiple. ¡Es que yo igual hubiera hecho lo mismo!, grita Gómez. ¡Llevaban diez años solicitando una residencia, ahí está la vergüenza!.

El epílogo del libro de Kalanithi lo escribe su mujer, poco después de su muerte en 2015. Recoge que sucedió en casa, sin encarnizamientos médicos, controlando los síntomas: Él sabía que nunca estaría solo, que no sufriría de modo innecesario.

A Paul Kalanithi , médico ciifujano, le diagnosticaran un cáncer incurable en mayo de 2013, su bebé Cady, nació después del diagnóstico de su padre.

El médico murió en su casa en marzo de 2015, cuando Cady tenía ocho meses. Su testimonio de esos años sobrecogió a enfermos y a colegas de profesión.

Las aspirinas podrían hacer más que solo disminuir el dolor de cabeza

En la medicina moderna, las aspirinas son prácticamente un lugar común. En la actualidad, su uso está tan subestimado que no se presta mucha atención al mismo. De hecho, debido a los pocos efectos adversos que se cree que puede tener para la salud, son pocas las ocasiones que la ciencia ha dedicado a estudiarla a profundidad.

Pero, ¿y si fuera al revés? Es posible que durante años hayamos tenido una herramienta para combatir los efectos de la polución en nuestro organismo y la hayamos ignorado olímpicamente. Después de todo, esta ha sido encasillada simplemente como un medicamento de fácil adquisición que sirve para quitar la jaqueca.

Para los investigadores de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia esta se trató de una incógnita que merecía una respuesta. Por ello, se dedicaron a realizar una investigación que les permitiera determinar si estas tenían efectos adicionales, ya hasta ahora desconocidos en nuestro cuerpo.

Analizaron todos los factores que podían influir en los individuos estudiados

Para poder realizar un estudio como este, el equipo de investigación tomó los testimonios de más de 3 000 individuos. Entre la información que estos tuvieron que facilitar no solo se encontró la regularidad de su uso de aspirinas, sino la cantidad de exposición que tuvieron a la polución y detalles determinantes de la salud de su sistema respiratorio, como el hecho de ser o no fumadores.

Asimismo, estos luego fueron sometidos a una prueba con la que podía determinarse la salud actual de sus pulmones. Cabe destacar que la edad promedio de estos miles de participantes fue de unos 73 años, por lo que fue posible analizar la incidencia de los efectos de la aspirina en el sistema respiratorio tanto a corto como a largo plazo.

Las aspirinas podrían hacer más que solo disminuir el dolor de cabeza

Los resultados de la investigación revelaron que las aspirinas podrían tener un rol fundamental en la disminución de los problemas originados por el aire contaminado por la polución. En la mayoría de los casos, los individuos que reportaron haber usado aspirinas regularmente durante su vida, gozaban de pulmones más sanos que aquellos que no.

Los investigadores aclararon que la mayoría de los sujetos de prueba del estudio utilizaban aspirinas. Por lo que, solo se pudieron detectar los beneficios de esta variante en el organismo. Sin embargo, ninguno descarta que otros tipos de fármacos antiinflamatorios no esteroideos también puedan llegar a tener efectos similares en el organismo. De hecho, recalcan que también se han realizado estudios en los que otros componentes como la vitamina B12 ha demostrado tener beneficios muy similares a los de la aspirina en la salud del organismo.

¿Estamos protegidos contra la polución entonces?

No. Esta es una respuesta rotunda. El consumo de aspirinas claramente ayudó a disminuir los efectos negativos de esta a corto plazo. Sin embargo, ello no implica que la persona se encontrara completamente protegida o que no corriera riesgo de sufrir alguna enfermedad a causa de una alta exposición a la misma.

Por ello, de ser posible, lo mejor es reducir al mínimo la cantidad de interacciones que se tengan con el aire contaminado. Esta es la única y definitiva manera de mantener a nuestro cuerpo y pulmones verdaderamente sanos.



El laboratorio de la pobreza

Tres economistas han estudiado comunidades pobres con métodos de otras ciencias, y han logrado resultados asombrosos



Las últimas noticias sobre los premios Nobel han seguido trayendo buenos debates de la mano. El premio de Economía, en especial, ha recaído este lunes sobre tres investigadores que han intentado hallar pequeños y aleatorios remedios contra un mal generalizado: la pobreza.

Pero si se cree que por pequeños, se trata de remedios vanos, ahí está el mayor error. En realidad, se trata de un trabajo continuado en que los tres economista, de manera aislada, han ido estudiando estrategias de desarrollo factibles en contextos específicos.

El indio Abhijit Banerjee, la francesa Esther Duflo y el estadounidense Michael Kremer son los dueños de la carrera ganadora. Pero el comité de la Real Academia de Ciencias sueca no los premió precisamente porque sus causas sean tan humanas, sino porque en su lucha, han empleado metodologías científicas rigurosas y originalmente aplicadas.

HACER ECONOMÍA COMO SE HACE LA QUÍMICA

Según explicó el comité, los tres investigadores recibieron el reconocimiento por «su enfoque experimental para aliviar la pobreza global».

La academia reconoció el trabajo para luchar contra la pobreza global, concentrándose en aspectos «concretos». Para entender qué quieren decir con eso de experimentales, o concretos, imaginemos que estos economistas no han dudado en usar la aplicación de sus estrategias con métodos similares a los de otras ciencias, como el monitoreo de los resultados en muestras poblacionales, a la manera de los estudios de Medicina, por ejemplo.

En una entrevista concedida al diario español El país en el año 2016, la francesa Esther Duflo explicaba que luchaba por cambiar el mundo de un modo algo sui géneris: precisamente, utilizando pruebas aleatorias controladas, muy parecidas a los ensayos clínicos.

«La medicina selecciona aleatoriamente a personas para que se tomen el fármaco y forma dos grupos. Si al final se encuentra alguna diferencia entre ellos se sabrá que se debe al medicamento. Lo que hacemos con las políticas sociales es muy parecido. Imagina que quieres

probar cuál es el impacto de introducir tabletas en los colegios. Lo que tienes que hacer es seleccionar aleatoriamente un grupo de escuelas en las que los niños recibirán las tabletas y otro grupo en el que no. Si comparas la evolución de ambos grupos, sabrás cuál es el efecto del programa».

En 2003, junto a los otros dos premiados, Duflo fundó el laboratorio de la pobreza (J-PAL), que es hoy una red de 136 economistas dedicada a investigar y evaluar programas a base de pruebas aleatorias y monitoreo de largo plazo en diferentes países del mundo (América Latina incluida).

J-Pal hace un símil con el negocio de la tecnología donde todo el tiempo se está buscando optimizar la vía para hacer los productos más baratos y eficientes. Pero aquí se trata de políticas sociales.

En Kenia, por ejemplo, hicieron el siguiente ejercicio: cuántos años adicionales de estudio se logran al invertir 100 dólares en distintas políticas. El resultado sostuvo que al inyectar los recursos en mejores docentes, becas y uniformes, se logran tres años más de estudio, pero si se

invierten en informar y concientizar sobre los beneficios de la educación, se logran 40 años más.

Entre otras soluciones económicas que estos profesionales han descubierto y aplicado destacan, por ejemplo, la estrategia de que con un kilo de lentejas gratis para las familias la tasa de vacunación se

multiplicaba por seis. O que dar una vaca a los que sufren pobreza extrema y enseñarles a cuidarla en lugar de consumirla, mejoraba notablemente su situación económica al cabo de los tres años.

Los resultados son apoyados por datos estadísticos en estudios de campo, no tan solo por aseveraciones teóricas. Y el tercer paso del ciclo, convierte sus estudios en verdaderas joyas científicas: el equipo ejerce presión para que las estrategias lleguen a convertirse en políticas de gobierno.

De esa manera, la Academia sueca lo reconoció este lunes, han ayudado a más de cinco millones de niños pobres con ideas prácticas y contextualizadas.

Por si fuera poco, en estas estrategias contra la pobreza no se queda lejos el rigor científico: «Los experimentos tardan lo que tarde en aplicarse un programa. En algunos casos hemos estado siguiendo a gente durante 10 años.», explicaba Esther Duflo en la entrevista citada.

VIVIR EN LA POBREZA PARA ENTENDERLA

Los economistas premiados suelen realizar lo que bien podría calificarse como «viajes misioneros», pero en un concepto que combina el altruismo con la ciencia más precisa.

Una primera inmersión en la sociedad que estudian les asegura comprender el problema y sus factores específicos, lejos de los fríos laboratorios, y en medio de la cotidianidad de la gente.

«No creo que fuera posible hacer un buen trabajo sin pasar tiempo en los países en desarrollo. No soy la única economista de mi campo que lo hace», ha explicado Duflo, quien es además la segunda mujer que logra este galardón en la historia del premio.

Otro ejemplo de esa asociación con el medio ha sido la trascendencia de este laboratorio en India. El experimento para reducir el absentismo escolar, el más famoso del grupo de economistas, aumentó el número de niños en las aulas de manera drástica.

«Lo más efectivo y más barato para que más niños vayan a la escuela es darles una pastilla que les quite los parásitos intestinales», ha asegurado Duflo en 2016.

«Unos 600 millones de niños en edad escolar están infectados con algún tipo de lombriz según la Organización Mundial de la Salud. Sin el tratamiento adecuado, estos parásitos limitan la absorción de micronutrientes. Los niños simplemente están muy cansados para poder ir al colegio. Curarlos puede reducir el absentismo en un 25 por ciento e incrementar sus ingresos en el futuro.»

Esta tesis fue acogida por Gobierno de India: 140 millones de niños fueron tratados en las escuelas en febrero de 2016, gracias al estudio y la persistencia de estos tres economistas y los asociados a su trabajo.



CRÍTICAS Y APLAUSOS

Sin embargo, una de las críticas más comunes al trabajo del laboratorio de la pobreza es que por proponer estrategias locales, para in contexto específico, estas no se pueden aplicar a la generalidad del problema.

Acerca de ello, Duflo ha declarado estar tranquila y reconoce que no es posible derrotar la pobreza con una gran teoría: «No hay soluciones milagrosas, explicaba a El País. No llegaremos nunca a un punto en el que una única teoría resuelva los problemas del mundo. Lo que sí podemos hacer es empezar a comprender algunas piezas del puzle».

Por su manera de insertarse en las comunidades más pobres, estudiar sus poblaciones y proponer soluciones locales probadas con método científico, pero además demostrando más preocupación humanitaria que por el ego profesional, estos laureados que cierran los anuncios de los Nobel 2019 deberían llevarse el doble de los aplausos que sus colegas premiados.

No es porque en Detrás de la ciencia tengamos favoritismos, sino porque Laboratorio de la pobreza ejemplifica con dignidad lo que es, realmente, la ciencia bien utilizada.



Presidente de Cuba condecora a restauradores de cúpula de Capitolio



El presidente de Cuba, Miguel Díaz-Canel, condecoró hoy a parte de los 52 restauradores y dos empresas rusas de la cúpula del Capitolio de la Habana, en una ceremonia en el Centro Cultural Iberoamericano.

Durante el acto de entrega en el centro, situado en la capitalina biblioteca de Lenguas Extranjeras, el mandatario entregó la Medalla de la Amistad, otorgada por decisión del Consejo de Estado, y agradeció la labor de los restauradores.

Hoy en La Habana hay más luz por el reflejo del Sol y la Luna en la cúpula dorada que ustedes restauraron, afirmó el jefe de Estado en una ceremonia, en la cual participaron personalidades rusas como el vicepresidente de la Duma (Cámara Baja), Alexander Melnikov.

En la ceremonia intervino el pintor cubano Yosvani Martínez, quien presentó la exposición 'Fiel a mi Habana' en el salón del acto, al que también asistió el secretario general del Partido Comunista de la Federación de Rusia, Guennadi Ziuganov.

Por la parte cubana, asistió, además, el vicepresidente del Consejo de Ministros Ricardo Cabrisas, el titular de Relaciones Exteriores, Bruno Rodríguez, entre otros ministros y funcionarios que acompañan a Díaz-Canel en su visita de trabajo a este país.



Participan colaboradores del hospital cubano de Dukhan, estado de Qatar en taller sobre Virus Respiratorio Sincitial



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Participan colaboradores del hospital cubano de Dukhan, estado de Qatar en taller sobre Virus Respiratorio Sincitial

Un grupo de colaboradores del hospital cubano de Dukhan, estado de Qatar se encuentra participando en el taller sobre Virus Respiratorio Sincitial que se desarrolla en los salones del Ministerio de Salud del estado de Qatar.



Termina exitosamente curso de Resucitación Neonatal colaboradora del Hospital Cubano de Dukhan, estado de Qatar



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Termina exitosamente curso de Resucitación Neonatal colaboradora del Hospital Cubano de Dukhan, estado de Qatar

La licenciada en enfermería Nancy Garcia Armas, del hospital cubano en Dukhan, estado de Qatar culminó exitosamente el curso de Resucitación Neonatal (NRP, por sus siglas en Ingles), como parte de la esmerada educación continuada que reciben nuestros colaboradores por estas latitudes. Felicidades compañerai!



Termina exitosamente curso de Trauma colaboradora del Hospital Cubano de Dukhan, estado de Qatar .



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Termina exitosamente curso de Trauma colaboradora del Hospital Cubano de Dukhan, estado de Qatar .

La licenciada en enfermería Meiser Álvarez Jiménez, del hospital cubano en Dukhan, estado de Qatar culminó exitosamente el curso de trauma, como parte de la esmerada educación continuada que reciben nuestros colaboradores por estas latitudes. Felicidades compañera!



Celebra el Hospital Cubano en Dukhan, estado de Qatar semana internacional de Control de la Infección Hospitalaria



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Celebra el Hospital Cubano en Dukhan, estado de Qatar semana internacional de Control de la Infección Hospitalaria

El Hospital Cubano en Dukhan, estado de Qatar, se encuentra celebrando la semana internacional de control de la infección hospitalaria, todos los servicios se encuentran realizando iniciativas relacionadas con las acciones sanitarias de prevención y control de las infecciones.



Recibe reconocimiento la Dra Tersilia Garcia Castellanos reconocimiento del Comité de Control de Infecciones del Hospital cubano en Dukhan , estado de Qatar



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Recibe reconocimiento la Dra Tersilia Garcia Castellanos reconocimiento del Comité de Control de Infecciones del Hospital cubano en Dukhan , estado de Qatar

En el día de ayer se ha reunido el Comité de Control de Infecciones del Hospital Cubano en Qatar para reconocer la trayectoria de uno de sus miembros, la Dra Tersilia García Castellanos ,especialista de microbiología , quien desde su incorporación a este equipo de trabajo ha hecho gala de profesionalidad y amor a su trabajo enriqueciendo con su experiencia las acciones de prevención y control de la infección hospitalaria , ayudando así a elevar la calidad en la atención de los pacientes .



Realiza representante de SMC SA en Qatar recorrido de trabajo en fase preparatoria de arribo de nuevos colaboradores.



Fuente: Brigada Médica Cubana en Qatar

Realiza representante de SMC SA en Qatar recorrido de trabajo en fase preparatoria de arribo de nuevos colaboradores.

El Prof. Dr. Ernesto Eusebio López Cruz se encuentra realizando recorridos por las facilidades de acomodación de la corporación Hamad con vista al arribo de nuevos colaboradores a Doha, acompañado por Mr. Mohamed Al Marri, director ejecutivo del hospital cubano en Dukhan, el directo también ha estado sosteniendo intercambios con diversas autoridades con el fin de garantizar todas las necesarias condiciones de vida y trabajo a los colaboradores que arribarán próximamente como incremento al contrato existente.