

EDITORIAL

DECLARACIÓN DE LA ALANAM
ANTE LA PANDEMIA DEL
CORONAVIRUS SARS-COV-2

Dr. Ramón E. Pérez Martínez

CARTAS AL EDITOR

Dr. Herbert Stern

Académico de Número

Academia Dominicana de Medicina

DE ACTUALIDAD

NEOPLASIA FUSOCELULAR
MIXOIDE DE BAJO GRADO TIPO
FIBROMATOSO. A PROPÓSITO DE
UN CASO.

M. Escarramán, Dr. M. Furcal Aybar, M.
Mercedes García E. Cedano Agramonte, A.
Algarín Camargo, Y. López Villar

CASO CLÍNICO

SÍNDROME DE NICOLAU EN
NEONATO

REPORTE DE CASO

Carlos Cabrera-Valerio, Candelaria Núñez
Pujols, Andreina Moreno Reyes,
Carla González Sánchez

REFLEXIONES BIOÉTICAS

TRATAMIENTO DEL COVID 19 Y EL
DERECHO A LA IGUALDAD

Togarma Rodríguez Aquino Ph.D.

SECCIÓN HISTÓRICA

SOBRE LA HISTORIA DEL COLEGIO
MÉDICO DOMINICANO

Dr. Herbert Stern

**FILOSOFÍA DE LA
MEDICINA**

LA SALUD

Dr. Luis Ortiz Hadad

DECLARACIÓN DE LA ALANAM ANTE LA PANDEMIA DEL CORONAVIRUS SARS-COV-2

Frente a la pandemia del coronavirus que ha afectado negativamente todas las actividades de la sociedad, incluyendo la educación médica a nivel de grado y de posgrado, y la atención en salud de otras patologías, la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina España y Portugal (ALANAM) convocó el 26 de noviembre a una reunión virtual centralizada en Rio de Janeiro, donde cada presidente expuso la situación en su país en uno de estos dos aspectos, educación o asistencia médica.

De esta actividad se ha emitido una declaración donde ALANAM hace recomendaciones a las autoridades gubernamentales y de la vida civil de nuestros países, que detallamos a continuación.

1-Las responsabilidades de los gobiernos y los políticos, son cruciales para el manejo de la pandemia y sus decisiones deben estar basadas en las mejores evidencias científicas.

2-Es importante la aplicación de múltiples medidas socioeconómicas, para mejorar la situación de los sectores sociales menos favorecidos, cuya situación de pobreza y desigualdad, se ha visto agravada durante la pandemia y con acciones positivas se puede lograr evitar la intensificación y cronificación de la enfermedad mundial.

3-Se debe continuar con la aplicación de la vacunación a toda la población susceptible, sin ningún tipo de discriminación. Se hace un llamado a la solidaridad internacional de los países más desarrollados para que envíen vacunas a los países que están careciendo de ellas y además se deben ampliar las pruebas para detectar los contagios.

4- Se insta a replantear y actualizar la enseñanza médica dentro de las exigencias propias de esta pandemia.

5- Es muy peligroso disminuir la utilización de las medidas de bioseguridad por parte de toda la población, por lo cual es necesario mejorar las

estrategias de educación y comunicación hacia la comunidad, para evitar los peligrosos descuidos en el autocuidado de todas las personas.

6- Es necesario continuar mejorando las condiciones del sistema sanitario de cada país, fortaleciendo la atención primaria y además desarrollando la organización de una buena estructura de los laboratorios, en los que se puedan fabricar vacunas y medicamentos contra el coronavirus.

7-Se hace un llamado de alerta a las autoridades competentes, para que no descuiden la atención de la patología general, distinta a la del coronavirus, la cual se ha intensificado de manera peligrosa en la actualidad.

8-Es importante asumir que la pandemia será un evento de larga duración, con riesgo latente de repetición y agravamiento y por ello se deben tomar todas las medidas adecuadas, basándose en todas las lecciones aprendidas en esta época.

9-Es necesario diseñar políticas de salud pública, para enfrentar las secuelas físicas y psicológicas, causadas por la enfermedad del Covid-19.

10-Es justo que las sociedades y los gobiernos haga un reconocimiento efectivo de la abnegada labor de todo el personal sanitario.

11-La ALANAM reitera su ofrecimiento de continuar colaborando con todas las autoridades sanitarias y gubernamentales para aspectos relacionados con la pandemia y además ayudando a mantener una comunicación fluida entre los diferentes países iberos latinoamericanos, en relación con todos los aspectos relacionados con el manejo la pandemia.

Dr. Ramón E. Pérez Martínez

Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

Santo Domingo D.N.

10 dic 2021

Sra:

Dra. Togarma Rodríguez Aquino

Directora

Archivos Médicos Dominicanos

Ciudad,

Estimada doctora:

Consternados ante el sorpresivo fallecimiento de nuestro querido compañero académico, expresidente de la Academia Dominicana de Medicina y subdirector del Consejo Editorial de esta prestigiosa revista el DR. RICARDO GARCÍA-MARTÍNEZ, queremos aprovechar este espacio para rendir tributo y dejar testimonio de lo que fue su trayectoria profesional entre nosotros.

Ricardo nació en Santo Domingo, un enero de 1957. Realizó sus estudios secundarios en el Colegio Calasanz de su ciudad natal, y se recibió de Doctor en Medicina en la Universidad Autónoma de Santo Domingo en 1982. Tras realizar su pasantía de ley, se trasladó a Madrid donde realizó estudios especializados en endocrinología y nutrición en la Escuela Iberoamericana de Endocrinología y Nutrición, afiliada a la Universidad Complutense de Madrid.

A su regreso al país, compartió el ejercicio clínico con la práctica docente. En su dilatada carrera docente impartió cátedras en la Universidad Eugenio María de Hostos, en la Universidad Autónoma de Santo Domingo, así como en las residencias de Endocrinología y de Medicina Familiar en el Hospital Salvador B. Gautier.

Se desempeñó como médico ayudante de endocrinología en la zona D del Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS), hasta llegar a ocupar el puesto de jefe del Servicio de Endocrinología del Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales que lleva el nombre del eminente cirujano dominicano doctor Félix Goico.

Su deseo constante de aportar a la educación en salud de nuestro país le mantuvo participando en diferentes programas de TV. Tuvo además a su cargo la sección televisiva “Tu Salud” de los programas “La mañana del 4”, “Hoy Mismo” y “En Familia”.

El Dr. García desarrolló una trayectoria asociativa muy destacada. Fue miembro de la Sociedad de Endocrinología y Nutrición de Madrid, de la Asociación Europea de Neuroendocrinología, de la Sociedad Dominicana de Endocrinología de la que fue presidente en el período 2001-2003. Fue, también, miembro destacado de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, miembro de la Sociedad

CARTAS AL EDITOR

Dominicana para el estudio de la obesidad, Académico de Número de la Academia Dominicana de Medicina de la que fue presidente en el período 2010-2012. En el 2011. Fue nombrado Académico Correspondiente Honorífico de la Real Academia de Medicina de Granada, y, en 2012, Delegado permanente para la República Dominicana de la Asociación Latinoamericana de Academias de Medicina.

Ricardo fue expositor en reuniones médicas tanto en la República Dominicana como a nivel internacional. Sus conferencias presentadas en eventos médicos de su especialidad en la República Dominicana y el extranjero muestran una gran variedad en los temas tratados lo que nos habla de su capacidad y preparación profesional.

Autor de cerca de 20 publicaciones sobre diferentes áreas de su especialidad. Autor de 3 libros de texto de su especialidad, recibió múltiples reconocimientos que le acreditan como uno de nuestros profesionales más destacados y un perfecto ejemplo de las permanentes relaciones médicas entre España y la República Dominicana. Sus libros “Apuntes de Endocrinología Clínica”, en 2015 y “Manual de Prácticas de Endocrinología” en 2015, son hoy texto oficial en la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

Fue asesor de diversas tesis en la Universidad Autónoma de Santo Domingo y en la Universidad Iberoamericana. Entre los temas tratados en esos trabajos podemos mencionar: “Hipertrigliceridemia postprandial en hijos de pacientes con enfermedad coronaria y su relación con la obesidad visceral”, “Frecuencia del síndrome metabólico en personas diabéticas del Hospital Felix Goico”, “Nivel de conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad en la población que asiste a la consulta externa del departamento de endocrinología del hospital Felix Goico”.

La calidad humana y profesional de Ricardo García Martínez fue reconocida por varias instituciones, entre los que citamos: Club de Leones de Santo Domingo, a sus méritos profesionales en 1987; el hospital de Engombe en 1997 por sus méritos y sacrificios en el ejercicio de su profesión. En 2003, 2009 y 2011 recibió reconocimientos por su labor destacada como profesor en la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Su fallecimiento en este 2021, durante la pandemia de COVID 19, ha sido un duro golpe para su familia y amigos, así como para los diversos ambientes profesionales y académicos en el activamente participaba. Sea este un homenaje cargado de afecto y admiración para este amigo que quedará por siempre entre nosotros.

Dr. Herbert Stern
Académico de Número
Academia Dominicana de Medicina

NEOPLASIA FUSOCELULAR MIXOIDE DE BAJO GRADO TIPO FIBROMATOSO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: M. Escarramán⁺, Dr. M. Furcal Aybar^{*}, M. Mercedes García^{**}, E. Cedano Agramonte^{***}, A. Algarín Camargo^{***}, Y. López Villar^{***}

Institución: Instituto Nacional del Cáncer “Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares”, Santo Domingo, República Dominicana.

⁺ Cirujano Oncólogo. Director Médico Instituto Nacional del Cáncer “Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares “INCART”

^{*} Cirujanos Oncólogo. Gerente Departamento de Cirugía. INCART

^{**} Cirujano General, Fellow Cirugía Oncológica. INCART

^{***} Médico Residente de 3° año de Cirugía General

RESUMEN

Los tumores de células fusiformes son muy frecuentes y representan más del 50% de los tumores de partes blandas. Dentro de éstos hay que distinguir el comportamiento clínico benigno, maligno y un grupo intermedio de comportamiento clínico impredecible o de bajo potencial de malignidad. Las lesiones con patrón fusocelular pueden dividirse en mesenquimales y no mesenquimales. Presentamos este caso de Neoplasia Fusocelular Mixoide de bajo grado tipo Fibromatosis y revisión de la literatura. Tienen múltiples modalidades de presentación: superficial o profunda, donde afecta pared abdominal, porción proximal de extremidades. Cuando afecta cavidad abdominal es en mesenterio y pelvis. Suelen ser localmente agresivos, a veces multicentros en la misma región, pero no metastatizan. En nuestra experiencia, tuvimos muy buen pronóstico del caso, logrando la resección completa y no siendo necesaria la administración de quimioterapia o radioterapia.

PALABRAS CLAVE

Neoplasia, tumor, células fusiformes.

ABSTRACT

Spindle cell tumors are very common, accounting for more than 50% of soft tissue tumors. Within these, it is necessary to distinguish benign and malignant clinical behavior and an intermediate group of unpredictable clinical behavior or low potential for malignancy. Lesions with a spindle cell pattern can be divided into mesenchymal and non-mesenchymal. We present this case of low-grade myxoid spindle cell neoplasia type fibromatosis and a review of the literature. They have multiple modes of presentation: superficial or deep, where it affects the abdominal wall, proximal portion of the extremities. When it affects the abdominal cavity it is in the mesentery and pelvis. They tend to be insanely aggressive, sometimes multi-center in the same region but they don't metastasize. In our experience, we had a very good prognosis of the case, achieving complete resection and not requiring the administration of chemotherapy or radiotherapy.

KEY WORDS

Neoplasia, tumor, Spindle cell.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células fusiformes son muy frecuentes y representan más del 50% de los tumores de partes blandas. Dentro de estos hay que distinguir el comportamiento clínico benigno, maligno y un grupo intermedio de comportamiento clínico impredecible o de bajo potencial de malignidad. Aunque no existen criterios estipulados para el conjunto de los tumores de partes blandas, en general, la tendencia es a clasificar dichos tumores malignos de partes blandas en tumores de alto grado de malignidad y de bajo grado de malignidad.

Las lesiones con patrón fusocelular pueden dividirse en mesenquimales y no mesenquimales. Pueden originarse de músculo liso, vaina nerviosa, dermatofibrosarcoma protuberante, fibromatosis entre otros.

Los tumores mixoides son un grupo heterogéneo caracterizados por tumores con abundante matriz extracelular con aspecto inofensivo pero alto riesgo de recurrencia y metástasis. Los tumores fibromatosos tienen un crecimiento infiltrante conformado por células fusiformes alargadas con núcleo delgado y estrecho.

OBJETIVO

Presentación de caso de Neoplasia Fusocelular Mixoide de bajo grado tipo Fibromatosis y revisión de literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos de este trabajo fueron obtenidos del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares. Se presenta un caso clínico de un masculino diagnosticado Neoplasia fusocelular mixoide de bajo grado, quien fue

referido de oncología clínica al servicio de cirugía oncológica de esta institución con fines quirúrgicos. Se realiza revisión de literatura.

CASO CLÍNICO

Masculino de 38 años de edad procedente de Santo Domingo, con antecedentes mórbidos negados, antecedentes quirúrgicos: negados, antecedentes familiares: Diabetes Mellitus (madre), antecedentes alérgicos: negados. Hábitos tóxicos: Tizanas ocasionalmente.

Paciente acude vía consulta a un centro hospitalario de su comunidad en febrero 2021, por aumento del perímetro abdominal. Se le realiza sonografía abdominal que reporta masa intrabdominal. En abril 2021 es referido a este centro por aumento del perímetro abdominal y pérdida de peso. Se realiza TAC de abdomen, y ante los resultados se refiere a departamento de cirugía digestiva. En mayo 2021 se realiza biopsia tomoguiada que reporta Neoplasia Fusocelular Mixoide de bajo grado. Se realiza inmunohistoquímica que reporta en julio 2021: "TISSUE WITH SPINDLE CELL PROLIFERATION, FAVOR FIBROMATOSIS" Tejido con patrón fusocelular proliferativo a favor de Fibromatosis. En octubre 2021 se toma citológico peritoneal que reporta resultados sugestivos para malignidad.

Al examen físico del abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo y masa gigante, mal definida, de consistencia gomosa, con aspecto tumoral, móvil, no dolorosa a la palpación superficial ni profunda, abdomen manejable, poco depresible, peristalsis adecuada, no visceromegalias palpables.

Perfil hematológico y bioquímicos de ingreso: HB:14.9 g/dl HTC: 45.9%, Plaquetas: 328 10e3/uL, TP: 8.4 seg, TPT: 24.1 seg, HIV: negativo,

HbsAg: negativo, HVC: negativo: AST 30 U/L, ALT 39 U/L. Glicemia: 92 mg/dl. Urea: 21 mg/dl, Creatinina: 0.8 mg d/l. Marcadores Tumorales: Negativos.

Estudios de imágenes:

TAC tórax: Cambios inflamatorios crónicos pleuropulmonares derecho. Lesión tipo masa en cavidad abdominal.

TAC Abdomen – Pelvis: Extensa lesión de masa hipodensa, con un coeficiente de atenuación

aproximado de 27 UH con unas medidas aproximadas de 38.8 x 37.7 x 19.2cm, sin poderse valorar correctamente organicidad, presentó un realce pobre tras la administración de medio de contraste a 40 UH, dicha masa condiciona desplazamiento cefálico y posterior de las asas intestinales y mantiene su interfaz con las estructuras que entra en contacto. Estructuras digestivas opacificadas con medio de contraste son de morfología y topografía normales.



FIGURA 1: Aspecto Prequirúrgico



FIGURA 2: Pieza Quirúrgica



FIGURA 3: Tumor in situ

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

HALLAZGOS: gran masa bilobulada de 40 x 30 cm aproximadamente, con el íleon en su porción media, de bordes lisos, consistencia heterogénea blanda y firme que nace e involucra mesenterio del íleon.

Previas medidas generales de asepsia y antisepsia se realiza incisión llegando a cavidad por planos anatómicos. Se toma citológico de líquido ascítico. Al levantar masa, vemos que es dependiente del meso del íleon. Se pinza intestino involucrado con clamp intestinal y con pinza de energía bipolar avanzado ligamos y cortamos meso. Se corta y extrae pieza quirúrgica. Se controla sangrado de raíz del mesenterio con ligadura y pinza de energía.

Debido a desvascularización del íleon distal se amplía resección hacia colon derecho para hacer

anastomosis segura. Se libera colon derecho de peritoneo lateral (fascia de Toldt 2), Se visualiza uréter derecho y duodeno, y se conserva íntegramente. Con energía bipolar y seda 2-0 se liga mesocolon derecho. Se comprueba buena irrigación de extremos a anastomosar. Se dan puntos de referencia con seda 3-0 y anastomosis latero-lateral con sutura mecánica de 75 mm. Se procede al cierre con otra sutura mecánica apertura intestinal. Se comprueba patencia de anastomosis. Se procede al cierre de brecha con crómico 2-0. Lavado y control de hemorragia. Conteo completo de gases y compresas. Cierre de aponeurosis con polipropileno 1 dando puntos de retención internos. Piel con grapas metálicas. Se extuba y traslada a sala de recuperación transfundiéndose, con el diagnóstico de:

LAPAROTOMIA EXPLORATORIA + RESECCIÓN DE MASA DEPENDIENTE DE MESO DEL ILEON + RESECCIÓN PARCIAL DE INTESTINO DELGADO

(ÍLEON COMPLETO) + HEMICOLECTOMIA DERECHA + ANASTOMOSIS LATERO LATERAL YEYUNO-COLÓNICA CON SUTURA MECÁNICA 75 MM

Luego es trasladado a sala clínica donde evoluciona satisfactoriamente, sin presentar eventualidad durante su estadía en el centro de salud. Se egresa a los 5 días de postquirúrgico en condiciones generales estable y con herida

quirúrgica en buen estado para seguimiento ambulatorio vía consulta.

El resultado histopatológico con:

-Masa abdomino-pélvica: Neoplasia Fusocelular con cambios Mixoides.

Paciente en seguimiento. Se evalúa al 15to día postquirúrgico observando sitio quirúrgico en buen estado y adecuado patrón evacuatorio.



FIGURA 4; Masa tumoral e intestino

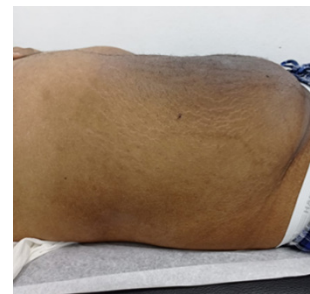


FIGURA 5; Paciente en su 15to día postquirúrgico

SOLID TUMOR IMMUNOHISTOCHEMICAL ANALYSIS

Antibody	Clone	Description	Results
PCK	AE1/AE3	Pan cytokeratin cocktail	NEGATIVE
VIMENTIN	V8	Mesenchymal maker, some epithelial tumors	POSITIVE
S100	15E2B2	Neural/melanocytic, neural crest marker	NEGATIVE
DESMIN	D33	Muscle marker	NEGATIVE
MUSCLE ACTIN	HHF35	Muscle marker	NEGATIVE
BETA CATENIN	POLYCLONAL	Fibromatosis	POSITIVE
FACTOR XIII a	POLYCLONAL	Fibrous histiocytic marker	NEGATIVE
CD34	QUBEND10	Stromal tumors, DFSP, endothelial marker	NEGATIVE

INTERPRETATION

ABDOMINO-PELVIC MASS, BIOPSY: MINUTE FRAGMENTS OF TISSUE WITH SPINDLE CELL PROLIFERATION, FAVOR FIBROMATOSIS.

THESE RESULTS SUPPORT MESENCHYMAL DIFFERENTIATION IN THESE CELLS AND TOGETHER WITH THE MORPHOLOGIC FINDINGS ARE CONSISTENT WITH THIS IMPRESSION.

FIGURA 4; Reporte de Inmunohistoquímica

CONCLUSIONES

1. Los tumores de tejido blando forman un grupo heterogéneo de neoplasias histomorfológicamente e inmunohistoquímicamente (IHQ).
2. Las neoplasias fusocelulares de tipo fibromatosis se caracterizan en IHQ por marcadores positivos de Beta-Catenina.
3. Tiene múltiples modalidades de presentación: superficial o profunda, donde afecta pared abdominal, porción proximal de extremidades. Cuando afecta cavidad abdominal es en mesenterio y pelvis.
4. Suelen ser localmente agresivos. A veces multicentros en la misma región, pero no metastatizan.
5. Es recomendable realizar prueba genética buscando mutaciones en el gen CTNNB1 y APC. La estadificación y tratamientos específicos de estos tumores todavía están en discusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Sarcoma fibromixóide de bajo grado*, Cirujano oncólogo adscrito al Servicio de Oncología Quirúrgica del Hospital Ángeles León. León, revista scielo, Guanajuato, México 2016
2. *Tumores de células fusiformes*. Santiago Ramón y Cajal Agüeras Hospital Universitario Vall d'Hebrón, España 2010.
3. Hornick JL. *Practical Soft Tissue Pathology: a diagnostic approach e-book: a volume in the pattern recognition series*. Amsterdam: Elsevier Health Sciences. 2017
4. Folpe AL, Lane KL, Paull G, Weiss SW. *Low-grade fibromyxoid sarcoma and hyalinizing spindle cell tumor with giant rosettes: a clinicopathologic study of 73 cases supporting their identity and assessing the impact of high-grade areas*. *Am J Surg Pathol*. 2000
5. Evans HL. *Low-grade fibromyxoid sarcoma. A report of 12 cases*. *Am J Surg Pathol*. 1993

SÍNDROME DE NICOLAU EN NEONATO

REPORTE DE CASO

Carlos Cabrera-Valerio*, Candelaria Núñez Pujols**,
Andreina Moreno Reyes**,
Carla González Sánchez***

* Cirujano Pediátrico, Servicio de Cirugía Pediátrica,
Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo
Domingo, República Dominicana. Profesor de
Pediatria de la Universidad Pedro Henríquez Ureña,

Correspondencia:

Carlos Manuel Cabrera Valerio

Dirección: Calle Bartolomé Colón No. 20, Villa Consuelo, Distrito Nacional, República Dominicana.

Correo: carloscabrera84@gmail.com / info@drcabreravalerio.com

celular: +1-809-350-8652

Miembro titular de la Asociación Dominicana de
Investigadores Pediátricos

** Peditra Perinatologa, Neonatóloga Intensivista,
Servicio de Neonatología del Hospital Infantil Dr.
Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República
Dominicana.

*** Médico General, Universidad Iberoamericana
-UNIBE-

RESUMEN

El síndrome de Nicolau o embolia cutis medicamentosa, es una reacción adversa severa muy rara secundaria a las aplicaciones de inyecciones intramusculares. Les presentamos un recién nacido de 5 días de vida extrauterina con cambios de coloración de la piel en abdomen, región inguinal, glútea y muslo izquierdo, que evolucionaron rápidamente de máculas violáceas a placas necróticas con bordes eritematosos seguido de la inyección intramuscular de un medicamento desconocido por familiares. Nuestro paciente fue llevado a desbridamiento quirúrgico de las lesiones necróticas y curado con Kentanserina tópica. Las técnicas de inyección correctas y la familiaridad con los efectos secundarios fatales son los principios más importantes para minimizar los riesgos. Esta entidad tiene diferentes alternativas en el manejo que pueden disminuir el tiempo de resolución. Además este síndrome puede ser de mayor severidad en periodo neonatal dejando secuelas que causen algún grado de discapacidad en el desarrollo posterior.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Nicolau, Dermatitis livedoide, Embolia cutis medicamentosa, Hipersensibilidad a fármacos, Recién nacido.

ABSTRACT

Nicolau syndrome also known as drug embolism cutis is a rare skin syndrome that occurs mainly after intramuscular injections. The clinical case shows a newborn of 5 days of extrauterine life who presented changes in the color of the skin in the lower left quadrant of the abdomen, inguinal region, buttock and ipsilateral thigh that rapidly evolved from violaceous macules to necrotic plaques with erythematous edges followed by an intramuscular injection of a drug unknown to family members. Our patient was taken for surgical debridement of the necrotic lesions and cured with topical Kentanserine. Correct injection techniques and familiarity with the fatal side effects of incorrect injections are the most important principles for minimizing risks. This entity has different alternatives in the

CASO CLÍNICO

management that can decrease the resolution time. In addition, this syndrome can be more severe in the neonatal period, leaving sequelae that cause some degree of disability in later development.

KEYWORDS

Nicolau syndrome; Livedoid dermatitis; Medicated skin embolism; Drug hypersensitivity; Newborn.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Nicolau (SN) es una reacción adversa severa muy rara secundaria a las aplicaciones de inyecciones intramusculares que conduce a cierto grado de necrosis en la piel, la grasa subcutánea y los músculos^{1,2}. La fisiopatología de estos eventos no está clara, pero se sugieren algunas hipótesis, como la estimulación del nervio simpático, la oclusión embólica, la inflamación o la lesión mecánica³.

Esta afección es rara en los recién nacidos y los factores asociados con mayor frecuencia son las vacunas (en particular, los toxoides diftérico y tetánico y la vacuna acelular contra la tos ferina), la terapia antimicrobiana, los anestésicos locales y otras terapias administradas por vía intramuscular. Se deben tomar medidas de precaución durante la administración de inyecciones intramusculares⁴.

Por la infrecuencia de esta patología en el grupo etario neonatal y las secuelas derivadas del mismo. Los autores nos motivamos a presentar un caso de un recién nacido con Síndrome de Nicolau.

REPORTE CASO

Se trata de recién nacido masculino de 5 días de vida extrauterina, hijo de madre de 16 años de edad, primigesta, con chequeos prenatales regulares, 2 dosis de toxoides tetánico, en el primer trimestre del embarazo presentó sífilis, tratada con penicilina. Con antecedentes perinatales de parto vaginal, con patología del cordón umbilical, pesando 3.4 kg, a quien le administran medicamento vía intramuscular desconocido por familiares y no registrado en la nota de referimiento. Posteriormente presenta cambios de coloración de la piel a violácea pálida de aspecto reticulado livedoide, eritema que en pocas horas se torna violáceo oscuro en hemiabdomen izquierdo, región inguinal, glúteo y muslo ipsolateral al segundo día de nacido. (ver figura 1).



Figura 1: Se observa RN el primer día de vida extrauterina, con lesiones en la piel tipo máculas violáceas palidas de aspecto livedoide en las regiones del abdomen, glútea y muslo izquierdo. Foto suministrada por la madre tomada en el otro centro de salud.

Las lesiones cutáneas evolucionaron rápidamente de máculas violáceas a placas necróticas con bordes eritematosos en las áreas antes descritas (ver figura 2), motivo por el cual fue referido a un centro de tercer nivel de atención de salud donde el servicio de neonatología interconsulta con cirugía pediátrica con fines de valorar desbridamiento de la piel. Se realizaron pruebas de laboratorios las cuales estaban dentro de parámetros de referencia, más evaluación pre-quirúrgica por cardiología pediátrica, a las 48 horas de su ingreso fue llevado a desbridamiento quirúrgico de las lesiones necróticas y seguimiento con curas diarias con ketanserina tópica (Sufrexal Gel), paciente presenta tejido de granulación y posteriormente epitelización con cicatriz atrófica, dado de alta a 41 días de su ingreso, en condiciones generales estables. (ver figura 3)

Paciente en la actualidad tiene 3 años de edad y presenta deformidad de las extremidades inferiores, con afectación visible de una gran cicatriz retraída casi circunferencial en muslo izquierdo con hipometría de más de 15 cm del miembro inferior izquierdo con notable afectación de la marcha por diferencias en el eje de longitud de los miembros inferiores.

DISCUSIÓN

El síndrome de Nicolau también conocido como embolia cutis medicamentosa o dermatitis lividoide; es un síndrome raro de la piel que ocurre principalmente después de la administración de inyecciones intramusculares². Fue descrito por primera vez en 1924 y 1925 por Freudenthal y Nicolau después de una inyección intramuscular (glútea) de sales de bismuto para el tratamiento de la sífilis^{2,3}. Se ha informado que varios fármacos como la penicilina, los antiinflamatorios no esteroideos, los corticosteroides y los anestésicos locales son la causa del SN, pero, también las inyecciones intramusculares

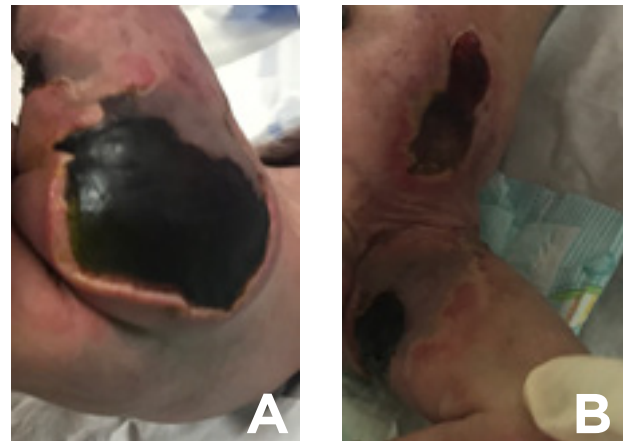


Figura 2: RN con 5 días de vida donde se delimita tejido desvitalizado. A- Región glútea izquierda. B- Región en hemiabdomen izquierdo y cara anterior de muslo izquierdo.

de fenobarbital, clorpromazina, gentamicina, dexametasona, vacuna DPT, difenhidramina y lidocaína se han visto asociados a la aparición del síndrome³.

Después de la inyección, el paciente suele quejarse de dolor severo en el lugar de la inyección y se puede observar lesiones cutáneas eritematosas como parches reticulares lividoide, púrpura y necrosis cutánea². En el caso de nuestro paciente, este presentó cambios de coloración de la piel en el hemiabdomen izquierdo, región inguinal, región glútea y muslo ipsilateral izquierdo, que evolucionaron rápidamente de máculas violáceas a placas necróticas con bordes eritematosos.

La etiología del síndrome no está clara, pero se cree que tiene un origen vascular. Existen varias hipótesis en cuanto a la misma. Una de las teorías refiere un vasoespasmo reflejo por inyección que lleva a la isquemia y necrosis de la zona afectada. Otra hipótesis establece una oclusión embólica por inyección intravascular y una tercera describe la posibilidad de una inflamación por reacción citotóxica a las drogas inyectadas^{1,3,5}.

No existen criterios definitivos para el diagnóstico de este síndrome y el diagnóstico se realizó

CASO CLÍNICO

según los síntomas clínicos en un paciente con antecedente de inyección reciente y tras exclusión de otros trastornos similares, ya que se realizaron pruebas de laboratorio que arrojaron valores normales. Pueden utilizarse estudios complementarios de imágenes, como ecografía de partes blandas y resonancia magnética, con el fin de delimitar el área dañada y descartar una colección intraglútea^{5,9-11}.

Entre las complicaciones se encuentran cicatrices en el área afectada, isquemia transitoria o definitiva del miembro afectado, sobreinfección cutánea, paresia o parálisis del miembro, dolores neuropáticos, rabdomiólisis⁷. En el caso de nuestro paciente terminó presentando deformidad en las extremidades inferiores con una contractura cicatricial (ver figura 4) en el muslo y glúteo izquierdo causante de una dismetría del miembro inferior izquierdo.

No tiene tratamiento definitivo, pero se han descrito algunos tratamientos conservadores en función de la gravedad y profundidad del síndrome. En este caso fue utilizado el desbridamiento quirúrgico de las lesiones con

seguimiento de curas diarias, ya que el desbridamiento en serie con apósito y algunos fármacos analgésicos y vasoactivos han mostraron buena eficacia en varios estudios^{2,6,7}. En nuestro caso se utilizó la ketanserina, un antagonista selectivo de los receptores S₂ de Serotonina desprovisto de propiedades agonistas que actúa sobre la cicatrización y que interviene en sus tres niveles: inflamación, granulación y epitelización.

Lo más importante para la prevención del SN es el uso adecuado de una técnica de administración de las inyecciones intramusculares de forma correcta. El riesgo está asociado al sitio de inyección, profundidad del muslo y frecuencia de administración de la droga. En este caso asumimos que el medicamento se aplicó en el sitio correcto (cuadrante superior externo del glúteo izquierdo), fue una dosis única, lo que sugiere que no es necesario múltiples aplicaciones intramusculares para desarrollar el síndrome. Desconocemos si la técnica usada fue adecuada, por lo cual no podemos suponer que esto fue un factor determinante para su desarrollo.

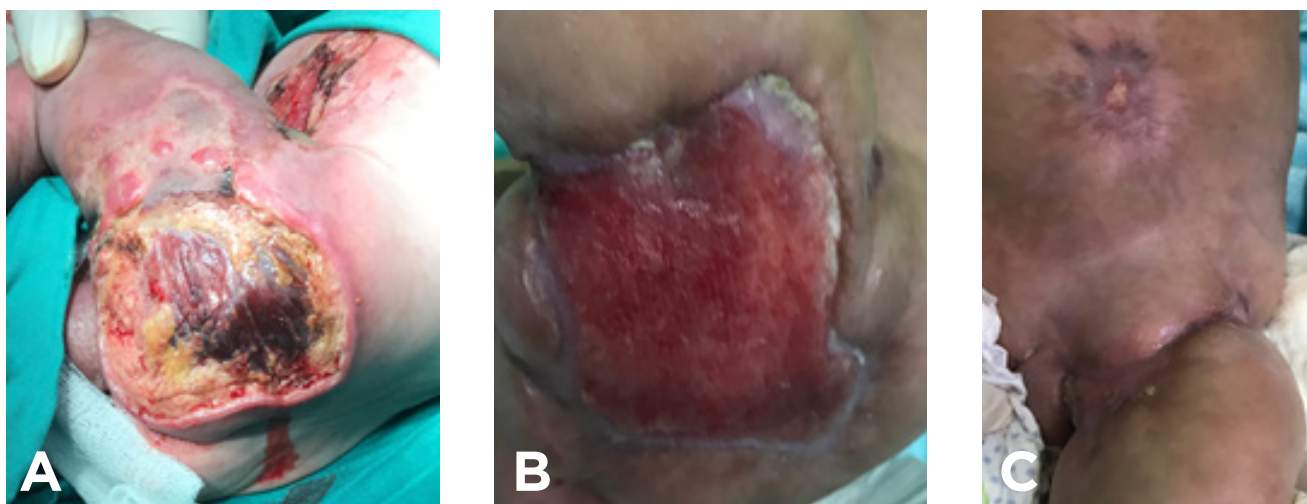


Figura 3: A- desbridamiento quirúrgico de la región glútea al 7mo día de vida. B- tejido de granulación a los 35 días de vida, del área previamente desbridada. C- flecha amarilla indica la cicatriz atrófica en cara anterior de muslo izquierdo a los 35 días de vida.



Figura 4: Lactante menor de 6 meses de edad. A- Secuelas del síndrome de nicolau donde se observa la cicatriz tipo contracturas en la región del abdomen y circunferencia del muslo izquierdo. B- Cicatriz contractural del glúteo izquierdo.

La técnica de aplicación de inyecciones intramusculares de forma correctas y la familiaridad con los efectos secundarios fatales de las inyecciones aplicadas incorrectamente, son los principios más importantes para minimizar los riesgos. Debemos considerar siempre el uso del tamaño de aguja correcta, la técnica Z-track, definir el sitio adecuado, así como valorar la necesidad de aplicación de grandes dosis, y aspirar antes de la inyección es importante para garantizar que no haya vasos afectados²⁻⁷.

CONCLUSIÓN

Todo paciente que presente cambios significativos de coloración de la piel tipo maculas pálidas-violáceas que evolucionan de forma rápida a isquemia y necrosis en el área de administración reciente de una inyección intramuscular es una buena pista diagnóstica en el Síndrome de Nicolau.

Es bueno recordar que para esta entidad hay diferentes alternativas en el manejo que pueden disminuir el tiempo de resolución. Además, este síndrome puede ser de mayor severidad en periodo neonatal dejando secuelas que causen algún grado de discapacidad en el desarrollo posterior.

REFERENCIAS

1. Erkek E, Tuncez F, Sanli C, Duman D, Kurtipek GS, Bagci Y, Ayaslioglu E. Nicolau's syndrome in a newborn caused by triple DTP (diphtheria-tetanus-pertussis) vaccination. *J Am Acad Dermatol.* 2006 May;54(5 Suppl):S241-2. doi: 10.1016/j.jaad.2005.09.046. PMID: 16631955.
2. Fazel M, Asbagh PA, Afshin A, Shariat M, Fazel M, Akhlaghi M. Nicolau syndrome in 29 months boy: Another report of Iran [Internet]. *Saspjournals.com.* [cited 2021 May 24]. Available from: <http://saspjournals.com/wp-content/uploads/2015/05/SJMCR-34289-291.pdf>
3. Memarian S, Gharib B, Gharagozlou M, Alimadadi H, Ahmadinejad Z, Ziaee V. Nicolau Syndrome due to Penicillin Injection: A Report of 3 Cases without Long-Term Complication. *Case Rep Infect Dis.* 2016;2016:9082158. doi: 10.1155/2016/9082158. Epub 2016 Nov 1. PMID: 27882254; PMCID: PMC5108850.
4. Quincer E, Jaggi P. Nicolau Syndrome: A Rare Complication following Intramuscular Injection. *J Pediatr.* 2019 Sep;212:238-238.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.04.004. Epub 2019 May 3. PMID: 31060806.
5. Stefano PC, Garelo M, Nolte MF, Lamy P, Giglio N, Castellano V, Gentile Á. Síndrome de Nicolau por la administración de la vacuna séxtuple intramuscular en un lactante de 6 meses [Nicolau syndrome induced by intramuscular injection of a hexavalent vaccine in a 6-month-old girl]. *Arch Argent Pediatr.* 2017 Feb 1;115(1):e13-e16. Spanish. doi: 10.5546/aap.2017.e13. PMID: 28097847.
6. Adil M, Zahra F, Amin S, Alam M. Nicolau syndrome in a neonate. *Ind J Paediatr Derm.* 2019;20(3):284.
7. Gómez Alba V, Fernández J, Ferrán Pérez C, Santiago Rodríguez D, Mena F. Síndrome de Nicolau. Manejo conservador. Caso clínico. *Cienc Salud.* 2019;3(2):57-63.
8. Koklu E, Sarici SU, Altun D, Erdeve O. Nicolau syndrome induced by intramuscular vitamin K in a premature newborn. *Eur J Pediatr.* 2009;168(12):1541-2.
9. De Sousa R, Dang A, Rataboli PV. Nicolau syndrome following intramuscular benzathine penicillin. *J Postgrad Med.* 2008 Oct-Dec;54(4):332-4. doi: 10.4103/0022-3859.43523. PMID: 18953160.
10. Chae, Dong-Sik. (2015). Nicolau syndrome: A literature review. *World Journal of Dermatology.* 2015 May 2; 4(2): 103-07. doi: 10.13140/RG.2.1.2619.0243.
11. Paute Vásquez LS, Salazar B. DD, Nicota P. EM, Alvarez F. LM, Loaiza M. M., Síndrome de Nicolau posterior a la aplicación de penicilina benzatínica. Reporte de caso, Ecuador [Internet]. *Revistamedica.com.* 2019 [cited 2021 May 24]. Available from: <https://revistamedica.com/sindrome-de-nicolau-penicilina-benzatínica/>

TRATAMIENTO DEL COVID 19 Y EL DERECHO A LA IGUALDAD

Togarma Rodríguez Aquino Ph.D.
Expresidente Comisión Nacional de Bioética

Como punto de partida de esta reflexión, quiero enfocarme en el derecho a la salud como bien moral y como uno de los principales derechos consagrado ampliamente en las constituciones democráticas, que ha sido eje fundamental de varias organizaciones de carácter internacional, como lo es la Corte Interamericana de Derechos Humanos. En este sentido, me permito citar su Declaración 1-20 cuando dice: El derecho a la salud debe garantizarse respetando la dignidad humana y observando los principios fundamentales de la bioética, de conformidad con los estándares interamericanos en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, adecuados a las circunstancias generadas por esta pandemia.

Bajo esta premisa nos preguntamos ¿Cómo garantizar el acceso y disponibilidad de tratamiento para los afectados de COVID en su manifestación moderada y severa?

Si bien es cierto que la vacuna contra el SARS COV2 ha sido un elemento esperanzador para atenuar la gravedad de este virus, no es menos cierto que disponer de fármacos eficaces para tratar los casos de COVID moderado o severo, sigue siendo un reto esencial para salvar las vidas de aquellos que, siguiendo sus convicciones, han rechazado la vacuna o los que aún vacunados han desarrollado formas que ponen en juego la vida de quienes la padecen.

A pesar de que la cifra de enfermos críticos ha disminuido en comparación con una etapa similar en la que no había vacunas, cuando

estimábamos que el 14% evolucionarían a formas graves, y un 4% podría llegar a un estado crítico. Por suerte y gracias a la vacuna, ese 4% de casos críticos, ha pasado en este momento a ser un 1.6% para los que se infectan con las primeras variantes de este virus, lo que indica que la vacuna ha ido mostrando sus beneficios.

Sin embargo, a medida que surgen otras variantes, como la recién detectada en Sudáfrica (ómicron), y la temida variante delta se extiende por todas las regiones, los reportes de contagios en personas no vacunadas son cada vez más significativos y preocupantes, sobre todo cuando son muchas las personas que no tienen acceso a la vacuna y las que, teniendo acceso a ella, rechazan ser vacunados. Este último grupo merece singular atención pues “no están, en su mayoría, tomando precauciones, y eso es lo que está impulsando esta variante en todo el mundo” como afirma Eric J. Rubin, editor en jefe del New England Journal of Medicine, por tanto, tenemos que esperar un aumento de formas moderadas y severas de la COVID 19.

Para preocuparnos u ocuparnos un poco más, sumemos la predicción de Larry Brilliant y co-autores, que aparece en el artículo “Virus por siempre” publicado en la edición de julio-agosto de Foreign Affairs, cito: El SARS-CoV-2 no se puede erradicar, ya que está creciendo en más de una docena de especies animales diferentes. Entre los humanos, la inmunidad colectiva global, que alguna vez se promovió como una solución singular, es inalcanzable. La mayoría de los países simplemente no tienen suficientes vacunas para

REFLEXIONES BIOÉTICAS

todos, e incluso de los pocos países afortunados que tienen un suministro amplio, demasiadas personas se niegan a recibir la vacuna. Como resultado, el mundo no llegará al punto en que suficientes personas sean inmunes para detener la propagación del virus antes de la aparición de variantes peligrosas, que son más transmisibles, más resistentes a las vacunas e incluso capaces de evadir las -pruebas de diagnóstico actuales. Tales supervariantes podrían devolver al mundo al punto de partida. Podría ser 2020 de nuevo¹.

En síntesis, la disminución de casos graves que pensábamos íbamos a conseguir con la vacuna, se nos aleja. Por tanto, debemos afianzar nuestros esfuerzos en garantizar la disponibilidad de fármacos efectivos para el tratamiento de esta enfermedad en tanto representa un derecho ciudadano, como hemos mencionado antes.

Desde que el 22 de octubre del pasado año la FDA autorizó el uso del REMDESIVIR para tratar la COVID 19, se ha incluido este fármaco en todos los protocolos como medicamento de uso en primera línea para tratar las formas moderadas y severas de la COVID 19.

El REMDESIVIR es un fármaco que pertenece a la familia de los análogos de los nucleótidos y actúa inhibiendo una enzima del virus indispensable para su multiplicación. El esquema terapéutico recomendado del REMDESIVIR es de 6 dosis (2 de inicio, luego 4 días más, para un total de 5 días). ¿Pero, podremos asegurar ese tratamiento a nuestros pacientes? Veamos cómo andan esos precios. El precio de cada dosis en República Dominicana va entre los USD\$313 y 382 dólares, lo que hace un total de \$2,294 dólares cada

tratamiento. Igual pasa con el resto de los países, donde el costo del tratamiento ronda la misma cifra. Sólo por no hacer muy larga la lista veamos algunos países como México donde el precio es de 2.340, España US\$2.340, en Perú, según búsqueda realizada en la Web, declaraciones de Jesús Valverde, expresidente de la Sociedad Peruana de Medicina, publicadas en abril del 2021, sostiene que no es posible usarlo en Perú debido a su alto costo. Y aquí viene la pregunta, es ese un precio justo para la comercialización de este fármaco cuando producirlo cuesta a penas \$10.00 dólares? La respuesta es obvia.

Fijar el precio de un medicamento esencial para salvar la vida de muchos en este momento de pandemia no es un asunto que solo compete al mercado, al libre juego de la oferta y la demanda. No, es un elemento moral de la justicia. Esa idea "del Justiprecio" planteada por Aristóteles en el Libro Quinto de la Ética a Nicómaco y más tarde por Tomás de Aquino, nos recuerda que vender una cosa más cara o comprarla más barata de lo que realmente vale es en sí mismo injusto o ilícito. Pero más aún, desde la perspectiva económica y filosófica escolástica renacentista, el justo precio se definía como el precio que permite al productor o comerciante vivir dignamente con su actividad y a la vez permite que dicho bien o servicio pueda estar al alcance del consumidor o ciudadano que lo necesite o requiera. Por tanto, el precio justo conjuga la necesaria actividad económica de los intercambios con la justicia y equidad de la filosofía moral. Es por esto que, durante el medioevo hasta comienzos del siglo XVI, era papel del estado vigilar el mercado para garantizar un intercambio justo, expresado en el precio de lo transado. Este espacio, además, era considerado un lugar de justicia, principalmente

¹ El virus para siempre. Una estrategia para la larga lucha contra el COVID-19. Por Larry Brilliant, Lisa Danzig, Karen Oppenheimer, Agastya Mondal, Rick Bright y W. Ian Lipkin Julio / agosto 2021. <https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2021-06-08/coronavirus-strategy-forever-virus>

REFLEXIONES BIOÉTICAS

en el sentido de que tanto los teóricos como los prácticos de la época “consideraban que el precio de venta fijado en el mercado debería ser un precio justo, es decir, un precio que debía tener una relación determinada con el trabajo realizado, con las necesidades de los comerciantes y, por supuesto, con las necesidades y posibilidades de los consumidores” tal como apunta Foucault en su libro *el Nacimiento de la biopolítica*.

Ciertamente, las farmacéuticas tienen derecho a obtener ganancias debido a la enorme suma de dinero que invierten en el desarrollo y fabricación de un fármaco. Con el Remdesivir, sin embargo, las cosas han sido diferentes porque no es un fármaco nuevo, ni Gilead lo desarrolló específicamente para la covid-19. El medicamento fue desarrollado inicialmente para la hepatitis C. Cuando se descubrió que no era efectivo contra esta enfermedad, fue investigado como tratamiento para el virus de ébola, pero tampoco funcionó con esta infección y quedó “archivado” en las estanterías de Gilead, tal como nos relata Maria Elena Navas en un reportaje para la BBC News mundo, titulado *Por qué el Remdesivir*, uno de los dos fármacos que se usan para tratar la covid-19, cuesta US\$3.000 por paciente si su costo de producción es de US\$10 dólares.

A raíz del brote del SARS-Cov-2, Gilead decidió volver a probar el fármaco e investigar su potencial contra el coronavirus. Estos nuevos ensayos clínicos fueron financiados por los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos, y otros organismos internacionales, es decir, fueron pagados con el dinero de los contribuyentes. Dado que, la inversión pública fue determinante en el desarrollo del fármaco, el capital público y no el capital privado debe recibir el retorno de su inversión, por tanto, este fármaco debería ofrecerse al público a costo de producción.

Más aún, si tomamos en cuenta una estimación realizada por el Royal Bank of Canada donde se calculan unos ingresos de US\$2.300 millones para la farmacéutica productora del REMDESIVIR tan solo en el año 2020, con esto sería suficiente para compensar, por mucho, los costos de desarrollo y distribución del medicamento.

Resulta “escandaloso” que esta multinacional farmacéutica se esté beneficiando de esa manera en momentos de una emergencia global de salud pública, pero más escandaloso es que dejemos en manos del libre mercado la comercialización de este fármaco.

Y hablando de multinacionales, leyendo el libro *Algunas claves para otra mundialización* del Dr. Caballero Harriet, me encontré con una cita de Helmund Arndt, que me llamó la atención, y es la siguiente: Los grupos multinacionales no solo son superiores a las demás empresas en su lucha por el poder, si no que poseen el poder suficiente para imponer su propia política frente a la política económica de los estados en cuyo territorio operan. Las empresas multinacionales cuya cifra de negocios y capital supera un determinado volumen están en situación de ejercer su propia política económica, internacional en un mundo caracterizado por el comercio y libre tráfico del dinero.

A diferencia de lo que pasaba en el Medioevo, cuando el estado vigilaba el mercado, hoy es todo lo contrario, el Mercado gobierna al estado.

“La industria (farmacéutica) tiene demasiada independencia para hacer las cosas que desea y ese es el problema”, “Básicamente no tienen limitaciones legales y las limitaciones morales tienen poco peso, porque la industria primero tiene que maximizar el valor de los accionistas”.

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Y más aún, el campo de la investigación que antes estuviera en manos de los académicos, hoy se encuentre en manos de las farmacéuticas. Me explico, y aquí hago un breve recuento a partir del artículo titulado La investigación de la industria farmacéutica: ¿condicionada por los intereses del mercado? Escrito por el doctor Ricardo Páez Moreno. Pues bien, a raíz de ciertos accidentes como consecuencia de los nuevos medicamentos o vacunas en EEUU, el Congreso autorizó a la Food and Drugs Administration (FDA) a controlar la toxicidad de los nuevos medicamentos, evaluando sus niveles de seguridad para el consumo de la población. Sin embargo, poco a poco el control del cociente riesgo/beneficio fue delegado por los poderes públicos a la Industria Farmacéutica, debido a las enormes presiones para mantener a la investigación en el marco de la libre empresa de parte de los industriales norteamericanos. Se llegó al grado de que los poderes gubernamentales se limitaban a revisar los resultados, pero dejando total autonomía a la Industria Farmacéutica.

Ya en el año 1980 sería la Industria Farmacéutica la gran patrocinadora y conductora de la investigación. Contrario a como se venía efectuando antes, cuando los investigadores trabajaban de manera independiente y las compañías se limitaban a patrocinar su trabajo, es decir, el centro de investigación médica presentaba su proyecto de investigación a la Industria Farmacéutica, quien podría aportar algunos fondos en espera de unos resultados sobre los cuales podría iniciar la fabricación y comercialización de un producto. En la medida en que la Industria Farmacéutica se convertía en poderosa multinacional, con todas las características emblemáticas de las ideas neoliberales que minan el capitalismo actual, ya no podía avanzar al ritmo de la academia

y sus investigadores, necesitaban controlar los tiempos y los de los ensayos clínicos. Ya que los hallazgos de la investigación podrían resultar contra sus propios intereses, la Industria Farmacéutica promovió la contratación de las contract research organizations (CRO), organizaciones encargadas de contratar a médicos privados para recolectar datos de sus pacientes en sus consultorios, de acuerdo con las instrucciones pautadas por la compañía patrocinadora. Sin embargo, recordemos que estos médicos no han sido formados en investigación y que solo se limitan a seguir las instrucciones que se les piden. Las CRO le responden sólo a la Industria Farmacéutica quien tiene el control sobre estos ensayos.

Como resultado, las compañías farmacéuticas ahora diseñan los ensayos clínicos que deberán poner en práctica los investigadores, reducidos hoy a ejecutores, ya sea en los centros académicos o en el consultorio privado. La Industria Farmacéutica analiza e interpreta los resultados, y decide si son o no publicables, según sus propios intereses.

Sí, la llegada a escena del SARS COV 2, nos asalta en medio de una fuerte corriente neoliberal cuya atención permanece centrada en una concepción individualista del ser humano y sobre un papel privilegiado del mercado sobre la sociedad. Este predominio del sentimiento de responsabilidad individual en el sistema axiológico neoliberal ha marcado una tendencia en la que la pobreza cobra una importancia marginal, al considerarla inherente al sistema económico. Es por esto por lo que me atrevo a plantear que la verdadera amenaza para la salud global y local no es el virus de SARS COV 2, causante de la pandemia de COVID19, sino el virus del

Neoliberalismo, o como algunos han llamado el necroliberalismo, por su potencia letal y extrema virulencia, como marco en el que opera el mercado farmacéutico.

Ya para ir concluyendo estas reflexiones, quiero compartir lo que a mi juicio constituyen algunas lecciones aprendidas de la pandemia:

1. Parfraseando a Chomsky, la globalización que vivimos ha sido diseñada bajo el neoliberalismo, la cual seguirá enriqueciendo a los más ricos y aumentando el colosal poder que ya existe en manos de corporaciones y monopolios.
2. Si bien es cierto que el poder y la furia de los mercados es enorme, y que el carácter moral está ausente, es necesario domesticarlos para hacer que funcionen en beneficio de la mayoría de los ciudadanos y ciudadanas, pues reconocemos que no hay garantía tal de respeto a los derechos humanos sin una profunda transformación del modelo económico.
3. Aunque las narrativas dicen que no hay alternativas al neoliberalismo, que la pobreza, la desigualdad y el cambio climático son inevitables y que cada uno debe buscar su propia solución, la COVID nos abre una oportunidad para un nuevo imaginario, para construir modelos socioeconómicos y de desarrollo humano fundamentados en la acción colectiva, la solidaridad y el cuidado mutuo.

Para terminar, quiero tomar prestada la frase del Dr. Miguel Suazo pronunciada en su exposición más reciente, cuando nos dice: “Estuvimos pensando que nos debatíamos éticamente entre la tragedia y la esperanza visto desde la gravedad material del impacto del virus, y de repente vemos que la intención política y económica son dos amenazas que nos arrastran poderosamente a los límites de la tragedia”. Estamos pagando un precio muy alto por nuestra desigualdad. Pero como dice Stiglitz, si bien es cierto que el 1% de la población disfruta de las mejores viviendas, la mejor educación, los mejores médicos y el mejor nivel de vida y hasta los mejores tratamientos (diría yo), no menos cierto es que su destino está ligado a cómo vive el otro 99 %.

Sobre la historia del Colegio Médico Dominicano

Autor: Dr. Herbert Stern

Médico oftalmólogo, historiador

En las postrimerías del siglo XIX, ejercía en nuestro país un médico venezolano que consideraba a la República Dominicana su segunda patria. Ese médico consiguió reunir a un grupo de colegas con la idea de formar una sociedad médica, con fines científicos y de orientación a la población sobre enfermedades y epidemias. El nombre de ese médico era doctor Manuel Durán Bracho y fue el Primer presidente de la Sociedad Médica de Santo Domingo, nombre que adoptó la recién creada asociación. Su fecha de fundación fue el 18 de agosto del 1891.

La primera directiva la componían, además, los doctores Juan Francisco Alfonseca como vicepresidente y Julio Lyon como tesorero. Sin embargo, la situación política bajo la dictadura de Ulises Hereaux, dificultó las labores de la nueva sociedad. Sus actividades se limitaban a orientaciones y consejos a la población y a las autoridades sobre temas sanitarios.

El nuevo siglo no trajo grandes diferencias en la situación del país tras la muerte del dictador Hereaux y las guerras internas que siguieron. En 1908 se intentó organizar una gran campaña a favor de la salud infantil, que activó la Sociedad y llevó a la realización del Primer Congreso Médico Dominicano celebrado en el 1911, y organizado por los doctores Aristides Fiallo Cabral y Francisco Moscoso Puello. En ese Congreso se decidió incrementar las actividades de la Sociedad, para lo cual se designó al doctor Salvador B. Gautier.

En 1916, con la ocupación militar norteamericana, las actividades de la Sociedad de nuevo se duermen por las condiciones imperantes. Los médicos dominicanos como Francisco Henríquez y Carvajal, Alejandro Coradín y Federico Aybar se opusieron con fervor patriótico a la invasión de las fuerzas norteamericanas y sufrieron cárcel o exilio. Dos años luego de la retirada de las tropas norteamericanas, en septiembre del 1926, se reinician las actividades de la Sociedad Médica de Santo Domingo.

En noviembre de ese año se adopta para la sociedad el nombre de Asociación Médica Dominicana. Sus actividades se llevaban a cabo en la Sociedad "Amigos del País" que estaba situada en la calle Isabel la Católica No. 101. Esa Directiva que inició esa nueva etapa de la Sociedad estaba presidida por el Dr. Pedro de Marchena y junto a él, los Dres. Luis Eduardo Aybar, Arturo Grullón, Antonio Elmudesi, Emilio Rodríguez Oca, Félix Raymond, Viriato Fiallo, Heriberto Pieter, Rodolfo Coiscou y Fernando Defilló.

Se iniciaron reuniones científicas y de discusión y presentación de casos con la participación de la mayoría de los médicos del país, que en ese entonces eran unos 160. En 1933 se realiza un nuevo congreso médico, ya en la época de Trujillo. Los médicos dominicanos dieron una muestra de coraje al seleccionar como directivos de ese congreso a los Dres. Ramón de Lara y Viriato Fiallo, ambos conocidos contrarios a Trujillo. El Tirano se disgustó y esto motivó

un intento de control de la Asociación por el gobierno y una considerable merma en sus actividades.

Tras la caída de la Dictadura, la Asociación Médica Dominicana renace y tras las primeras elecciones democráticas, en 1961, se elige una nueva directiva que quedó presidida por el Dr. Jordi Brossa, quien junto a un grupo de valiosos médicos dominicanos propiciaron las bases para una mejoría en la situación de los médicos. El camino de la Asociación Médica Dominicana ha estado lleno de grandes logros a favor de la salud de los dominicanos/as y de las condiciones de trabajo de nuestros médicos/as.

En febrero del 2003, el presidente Hipólito Mejía, promulgó la Ley de Colegiación Médica, que convirtió a nuestra asociación en el hoy Colegio Médico Dominicano.

LA SALUD

Autor:

Dr. Luis Ortiz Hadad

Expresidente Academia Dominicana de Medicina

La salud es uno de los temas de más interés en la actualidad y de los que más se ocupan los medios informativos. Es prioritaria en nuestras vidas, ya que sin ella cualquier otra cosa puede tornarse irrelevante.

Antiguamente se consideraba que salud era simplemente la ausencia de enfermedad, pero este concepto ha evolucionado a un enfoque más amplio.

En las ciencias médicas se encuentra intrínseca una filosofía de la salud, hay una percepción de la realidad enfocada en ésta. Hablamos de: la persona sana, la vida sana, los alimentos saludables, instituciones médicas, la psicología de la salud, el negocio de la salud, diseños de sistemas de Salud Pública, programas educativos para el personal de la salud, etc. Y solemos tener una visión global de lo que consideramos que sería una sociedad sana o un mundo más sano.

Pero vamos a revisar lo que normalmente entendemos por salud. Según la RAE se define salud como: “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” y también: “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”. Wikipedia lo define como: “es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.”

La definición que ha manejado la OMS desde el siglo pasado es: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Si nos centramos en la definición de la OMS notamos que la palabra clave es bienestar en todos los aspectos de la vida. Bienestar quiere decir estar bien, sentirse bien y cuando la persona se siente y está bien, es verdaderamente feliz. De tal forma que, si una persona o grupo de personas están felices, se sobreentiende que disfrutan de bienestar en todos los ámbitos de sus existencias, físico, mental y social. En ese mismo orden de ideas, cualquier elemento que impida la felicidad no es compatible con la salud. Y éste no es un comentario ocioso, porque el médico se enfoca en corregir la enfermedad que estudió y mientras más especializado, el terreno en que labora es más reducido. A veces se logra tanta compenetración con la enfermedad que trae el paciente y con los tratamientos que se aplicarán, que se dificulta recordar que la enfermedad viene acompañada de un ser humano que la padece.

El médico sabe que el paciente que vive una vida egoísta, vacía, aislada, es más propenso a enfermarse. Por otro lado, algunos estudios han relacionado la longevidad con las relaciones humanas de calidad. No es preciso ser médico para saber que los hábitos tóxicos y las conductas antisociales son perjudiciales para la salud: el tabaco, el alcohol, la promiscuidad sexual, las “malas noches”, uso de drogas, las conductas violentas, conducir a velocidades

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

prohibidas, exceso de trabajo, vagancia, etc. Es importante saber que quienes no escuchan al sacerdote o al pastor cuando les advierten sobre esos hábitos de vida negativos, a menudo son receptivos al consejo del médico, por lo que algunos consejos médicos oportunos pueden ser determinantes para mejorar la vida humana individual o colectiva.

Respecto a la salud mental, sabemos que la persona que presenta dificultades adaptativas sociales no disfruta de salud mental y viceversa, quien padeciera de trastornos mentales se entiende que tendrá trastornos conductuales con repercusiones en su vida en sociedad. No debiéramos olvidar que el Homo sapiens es una especie gregaria, por lo que no podemos desarrollarnos de forma aislada, así la salud mental y nuestra capacidad de integrarnos satisfactoriamente a la sociedad es de vital importancia para una adecuada existencia. Recordemos que, en la evolución de las especies, las especies con escaso poder de adaptación son las que la selección natural elimina, aunque fueran las más fuertes. En los humanos, la adaptación social es fundamental e indispensable, sin ésta es muy difícil una vida saludable.

Tres elementos que actualmente azotan a la humanidad se manifiestan a nivel mental, hablamos de la depresión (que algunos llaman “exceso de pasado”), el estrés (“exceso de presente”) y la ansiedad (“exceso de futuro”). Se podría lograr que los niveles de tensión arterial alcancen sus límites normales, que desaparezcan las hemorroides, que se supere el cáncer, etc., pero si la depresión no se logra controlar, podría ser la causa de muerte indirecta del paciente (descuidos personales, conductas temerarias) o directa (suicidio).

Hemos estado viendo en la medicina altos niveles de especialización, lo que ha permitido

desarrollar grandemente la eficacia terapéutica frente a las diferentes enfermedades e incrementar las expectativas de vida. Pero como decíamos algunos especialistas en patologías específicas no logran interactuar con la persona, sino solamente con la enfermedad. Por ejemplo, un eminente médico endocrinólogo podría ser muy hábil logrando que se reduzcan los niveles de glicemia, pero incapaz de ver al paciente como un todo y de verdaderamente orientarlo para mejorar su estado de salud global. Es importante que conozca las mejores opciones medicamentosas disponibles en el mercado, pero también lo es el que identifique los hábitos de vida más favorables para su paciente.

Al limitarnos a tratar la enfermedad con la que trabajamos, hemos ganado prestigio y hemos entendido que eso demuestra que estamos haciendo un excelente trabajo. Sin embargo, el médico debe contribuir a mejorar el bienestar físico, mental y social de su paciente. Especialmente en lo referente al área social, casi todos los médicos entienden que no es de su incumbencia, que si se encuentran curando algunas enfermedades de sus pacientes ya no tienen ningún otro compromiso con la sociedad. Acontece lo mismo con ingenieros, abogados, banqueros, empresarios, etc., porque nos olvidamos de que además de pertenecer a nuestros gremios profesionales, pertenecemos a la humanidad. Que además de resolver lo que nos corresponde como profesionales, tenemos que enfocarnos en la adecuación de las condiciones de vida de los pacientes que nos visitan e incluso las mismas nuestras.

Vamos a presentar algunos ejemplos de lo que estamos planteando para facilitar la comprensión de lo expuesto.

Por sus conocimientos de las ciencias médicas, un médico es más capaz de detectar efectos

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

contrarios a la salud no sólo en terapias médicas específicas, sino también en circunstancias ambientales que afecten a la humanidad, pero podría asumir que no tiene por qué estar asesorando a otro nivel. Sin embargo, desde el punto de vista de la ética, cada vez que el médico callara pese a saber que algo es negativo para la salud pública de alguna nación, debido a sus conocimientos, su pasividad sería una especie de complicidad. Así vemos que uno de los problemas que enfrentan los gineco-obstetras, especialmente en algunas zonas subdesarrolladas, es la mortalidad neonatal. Al perfeccionar las infraestructuras de las instituciones de salud, garantizar los suministros de materiales necesarios y aumentar la capacitación de los médicos, ha sido posible disminuir la mortalidad de los neonatos. Evidentemente su trabajo se concentra a nivel de las consultas prenatales y de los partos o cesáreas. Pero si estos facultativos notaran que la mortalidad se debe en parte al hecho de que muchas embarazadas son adolescentes y no alertaran a la sociedad de esta situación, pudiendo organizar campañas para prevenir estos embarazos, posiblemente nadie lo haría, habida cuenta de que el médico es quien seguramente estará más consciente de esta realidad. Personas involucradas en otras ocupaciones o profesiones, podrían estar muy ajenas a dicho riesgo, por lo que el médico es la persona idónea para alertar y motivar iniciativas para corregir esta problemática.

La clase médica y las instituciones enfrascadas en la lucha contra el cáncer podrían sentirse cómodas administrando los tratamientos actuales contra este flagelo de la humanidad, como sabemos son tratamientos y tecnologías que generan importantes ganancias a las instituciones médicas, pero el perder un órgano por cáncer o recibir una quimioterapia que además de eliminar células malignas dañan células normales (aunque en menor grado), no es evidentemente

una grata experiencia para el paciente, sin mencionar el alto costo. Por lo antes expuesto, que el cáncer desapareciera sería el verdadero triunfo de la medicina. Pero, aunque sería lo ideal para el paciente, ¿lo sería también para la poderosa industria de la terapia oncológica? No es una pregunta irrelevante porque normalmente son esas mismas instituciones quienes suelen costear estas investigaciones científicas y podrían verse tentadas a apoyar solamente las verdaderamente rentables. Mientras más costosa es una molécula sintetizada por la industria farmacéutica, mayores son los beneficios que se obtienen y por tanto mayor es la inversión en esas investigaciones. Ahora bien, de surgir la opción de un recurso tomado de la naturaleza con pocas modificaciones: ¿Quién estaría en la disposición de patrocinar esas investigaciones y su promoción científica y mercadológica?

El médico por su condición, su formación y su vocación, es el profesional que más podría estar consciente de las situaciones que perturban a la humanidad y también quien más debería estar motivado a intervenir socialmente para mejorar las condiciones de vida actuales del ser humano. Pero se le está induciendo a ver su labor como un oficio o negocio y al paciente como un cliente o "usuario". Con la centralización de la medicina en grandes emporios, podría verse forzado a adaptarse o desaparecer, pese a haber dedicado toda una vida en su capacitación. ¿Hasta qué punto un médico tendría el valor de denunciar políticas o procedimientos de salud nocivos a la población, que pudieran poner en riesgo su posibilidad de conseguir algún empleo decente? Hemos presentado aspectos biológicos, psicológicos y sociales que determinan el estado de salud de un individuo, pero en la actualidad hemos comprendido que también es preciso analizar nuestra relación con el medio ambiente. Debemos entender la salud como una especie de red interconectada mediante la cual podemos

estar sanos en la medida en que cada eslabón de la cadena se encuentre en el mejor estado posible y cualquier trastorno en algún elemento repercute en los demás en grado variable, pero afectando a todos, aunque sea de manera imperceptible. Siendo lo más explícito posible: para yo estar sano, necesito que mis órganos se mantengan sanos, que mi actividad mental sea bien equilibrada, que mi familia disfrute de buena salud, mis vecinos no estén enfermos, mi país tenga un buen sistema de salud, la flora y la fauna se preserve, que los desechos se manejen de forma correcta, que existan políticas adecuadas de salud a nivel nacional, que las demás naciones puedan desarrollar sistemas de salud pública aceptables y que el medio ambiente reúna las condiciones adecuadas para la vida humana. Es preciso ser muy ingenuo para creer que se puede vivir sano en un mundo enfermo, pero los enfoques egoístas nos llevan a creer que sin apoyarnos mutuamente podemos avanzar y seguramente los médicos son quienes estarían más capacitados para poder comprender esta realidad y explicarla a la humanidad.

No podemos concluir sin enfocar la salud del mismo médico. El alto nivel de competitividad reinante en la carrera, contribuye a hacerlo un esclavo de sus metas, a olvidarse de que él también es un ser humano, de manera que invierte totalmente su presente en busca de sueños futuros. A menudo la vida del médico es una vida de carencias, en aras a lograr una vida confortable que no logra alcanzar antes de morir. Puede llegar a sacrificar: sus relaciones humanas, su vida familiar, recreaciones, descanso, ejercicios, hobbies e incluso su propia salud. Aprendimos a competir y necesitamos aprender a colaborar, a formar verdaderos equipos. Resulta simple aprender a trabajar y muy complejo aprender a vivir, equilibrar la

existencia de manera que pueda disponerse de una vida de calidad teniendo presente buenos hábitos, equilibrio mental y el desarrollo de una sana espiritualidad.

Es preciso que el médico comprenda que su profesión no tiene la capacidad de llenar todos sus vacíos existenciales, que si su entrenamiento logra deshumanizarlo su vida no valdrá la pena, que ser el número uno en la carrera no significa necesariamente que será el más feliz y que dejará de ser humano si llegara a ser sólo médico.

La vida de esclavitud puede vivirse con riquezas y es posible convertirnos en implacables opresores de nosotros mismos. Algunos médicos solamente son capaces de sonreír cuando se les va a tomar una foto, pero la verdadera salud permite sonreír hasta estando solo. El médico podría sacrificar muchas cosas, pero jamás debería sacrificar su felicidad y médicos felices son más propensos a producir pacientes felices. No es compatible la existencia de salud mundial con poblaciones infelices, cuanto antes lo descubramos podremos tener un planeta más sano.

AMED

ARCHIVOS MÉDICOS DOMINICANOS
DE LA ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA

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

CONSEJO EDITOR

Dra. Togarma Rodríguez Aquino (directora)
Dr. Ricardo García Martínez (secretario)
Dr. Luis Ortiz Hadad (miembro)
Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón (miembro)
Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez (miembro)
Dr. Herbert Stern Díaz (miembro)
Dr. Marcos Nuñez Cuervo (miembro)
Dr. Francisco López Muñoz (miembro)

ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA

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

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

UBICACIÓN

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

CONTACTO

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

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

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



