

EDITORIAL

Dr. Marcos A. Núñez C.
Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

Dr. Luis Scheker Ortiz
Presidente Academia de Ciencias de la República Dominicana

DE ACTUALIDAD

“Correlación entre las pruebas clínicas y los hallazgos de resonancia magnética en el diagnóstico de radiculopatía cervical”
Laura Anabel Pinedo, Eunice Núñez y Robert Tejada

CASOS CLÍNICOS

Dos casos del síndrome de Lance-Adams: con electroencefalogramas sin polipuntas
Juan R. Santoni, y Carlos Juan Santoni-Williams

Notas en gerencia de salud: principios Michael Porter - HBS de competencia basada en valor
Dr. Amado Alejandro Báez

REFLEXIONES BIOÉTICAS

El debate sobre la dignidad humana
Dr. Miguel Suazo

SECCIÓN HISTÓRICA

La enseñanza de la Medicina en la República Dominicana
Dr. Herbert Stern

Interesados por los problemas de la salud pública que nos aquejan como Nación, queremos como Academia Nacional de Medicina llamar la atención sobre la frecuencia y la morbimortalidad asociada con los accidentes de tránsito en nuestro país. A este grave problema de salud se dedica la siguiente reflexión.

Acorde a cifras nacionales e internacionales los fallecimientos por accidentes de vehículos de motor ocupan la primera posición en los grupos de edades comprendidos entre los 18 y los 40 años de edad; grupo etario que representa el sector productivo más dinámico y activo del país.

Son muchas y diversas las causas y factores que favorecen estas estadísticas. Comenzando por la educación vial de la ciudadanía, el respeto y cumplimiento de las leyes y disposiciones vigentes sobre el comportamiento de peatones y conductores de vehículo de motor, así como también de bicicletas y cualquier otro tipo medio de transporte utilizado; el uso apropiado de medidas de seguridad (casco, cinturón, asiento para niños...) y, sobre todo, la falta de un sistema de consecuencias que pueda limitar a su mínima expresión las violaciones a la ley que día a día acontecen.

Reconocemos que los cambios que hay que hacer para obtener los resultados esperados requieren de planificación, legislación y aplicación de la ley, cooperación de la ciudadanía y el buen deseo de todos de que haya un alto definitivo a una situación que enluta y entristece a nuestra sociedad diariamente y cuando menos lo esperamos.

Es importante destacar que este problema de salud no respeta ni edad ni condición económica

ni credo, religioso o político, ni clase social. Por tanto, debemos aunar esfuerzos para contribuir entre todos y para el bien de todos a detener esta epidemia que parecería en ocasiones salirse de control.

Estamos esperanzados en que Instituto Nacional de Transporte Terrestre (INTRANT), creado por la ley 63-17 como organismo regulador, junto a la sociedad civil y política en pleno (Academias, grupos comunitarios, Ministerios de Educación y de Salud, Congreso Nacional, Ayuntamientos...), podamos colaborar manteniendo este grave problema de los accidentes de tránsito como un tema de agenda nacional. Y, de esta manera, buscar y arribar a soluciones, de corto y mediano plazos, que ayuden a aminorar la data que a diario se registra en nuestra prensa: escrita, radial y televisiva.

Dr. Marcos A. Núñez C.

Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

Santo Domingo 12 de Octubre del 2018
Dra. Togarma Rodríguez
Editora Revista AMED
Sus Manos.

Apreciada Dra. Rodríguez:

Reciba Usted y su equipo de trabajo mi más cordial saludo y manifestación de alta estima, por los trabajos de divulgación que han venido realizando.

He visto con beneplácito el lanzamiento en este año de la Revista Archivos Médicos Dominicanos (AMED) organismo informativo, médico-científico de la Academia Dominicana de Medicina y su valioso contenido.

En nuestra calidad de Presidente de la Academia de Ciencias de la República Dominicana y en virtud del reciente acuerdo que hermana nuestras academias, queremos expresar nuestro apoyo a tan loable contribución a las ciencias médicas en nuestro país y nuestro ferviente deseo de que sigan cosechando los mejores frutos.

Con sentimientos de alta consideración y estima personal, queda de usted,

Dr. Luis Scheker Ortiz

Presidente Academia de Ciencias de la República Dominicana

Correlación Entre Las Pruebas Clínicas Y Los Hallazgos De Resonancia Magnética En El Diagnóstico De Radiculopatía Cervical”

Autores:

Robert Tejada

MD, Médico Familiar y Comunitario, Médico Forense,
Magister en Investigaciones en Ciencias Médicas, HRUJMCB

Laura Anabel Pinedo

C. MD, Residente de Tercer Año de Fisiatría HRUJMCB

Eunice Núñez

MD, Fisiatra, HRUJMCB

Palabras claves: radiculopatía cervical, resonancia magnética, prueba de Spurling, prueba de tensión del miembro superior

RESUMEN

La radiculopatía cervical ha presentado aumento de incidencia a nivel mundial, que se puede convertir en discapacitante por el dolor y debilidad de miembros superiores. Existen pruebas clínicas que nos pueden ayudar a diagnosticar dicha patología, incluidas las pruebas de Spurling y tensión del miembro superior. Es importante realizar estudios de imágenes, porque nos permite realizar un diagnóstico acertado para efectuar el tratamiento más adecuado. Objetivos: Establecer la correlación entre las pruebas clínicas y los hallazgos de resonancia magnética en el diagnóstico de la radiculopatía cervical en los pacientes que acudieron a la consulta de Fisiatría del Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez y el Patronato Cibao de Rehabilitación en el período diciembre 2017 - marzo 2018. Métodos: De tipo descriptivo, observacional, corte transversal, fuente primaria, recolectados de los pacientes con sintomatología de radiculopatía cervical que acudieron a las consultas de Fisiatría en los centros y período establecidos. Se incluyeron 27 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: De la población total, todos presentaron las pruebas de Spurling y tensión del miembro superior positivas. Diecinueve presentaron hallazgos

positivos en la resonancia magnética a nivel del disco vertebral, 18 en el cuerpo vertebral y 3 con otros hallazgos. El sexo predominante fue el femenino en 81.5% y grupo etario entre 41 a 60 años con 63%. El tiempo de evolución mayor de 3 meses en 62.8%. Discusión: Encontramos que las pruebas clínicas poseen una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de radiculopatía cervical. En cuanto a los pacientes con alteración de los dermatomas, afección de los reflejos y lateralidad de la braquialgia, se pudo apreciar una asociación en quienes poseían mayor tiempo de evolución. Por lo tanto, es importante reconocer la patología a tiempo y evitar futuras complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La radiculopatía cervical se ha convertido en un problema que ha ido en aumento a nivel mundial en los últimos años. Esta puede ser una enfermedad discapacitante por el dolor y la debilidad de miembros superiores. Por ejemplo, en Alemania el número de pacientes con radiculopatía cervical se ha duplicado desde el 2005 al 2015. La incidencia de dolor en la región cervical va en rangos desde 10.4% a 71.5%, y la prevalencia anual se estima que varía entre 30-50%. La radiculopatía cervical describe

dolor en una o ambas extremidades superiores, a menudo en el contexto de dolor en la región cervical, que es secundario a la compresión o irritación de las raíces nerviosas a nivel de la columna cervical. Puede estar acompañada de déficit motor, sensitivo o de los reflejos. (1)

En el 2013, Majid Ghasemi y colaboradores realizaron un estudio de 97 pacientes donde evaluaron el valor de las pruebas provocativas en el diagnóstico de la radiculopatía cervical. Los resultados evidenciaron que la prueba de Spurling (ST) fue más específica (85%) en comparación con la prueba de tensión del miembro superior (ULTT), mientras que el ULTT fue más sensible (60.46% en agudo y 35.29% en crónico) que la anterior. ST tiene una importante exactitud para la comparación entre agudo y crónico, ya que esta prueba nos habla de una radiculopatía cervical aguda. Los autores concluyeron que el ULTT es la prueba adecuada para realizar el cribado de radiculopatía cervical, mientras que ST puede corroborar el diagnóstico. (2)

Los hallazgos imagenológicos con estudios seccionales, como la imagen de resonancia magnética (IRM) solo se correlaciona parcialmente con los hallazgos clínicos. En el 2014, Tarannum Morshed y colaboradores analizaron el rol de la imagen de resonancia magnética para el diagnóstico de la herniación discal cervical en 40 pacientes, que posteriormente fueron llevados a cirugía y se correlacionaron ambos hallazgos. Los resultados mostraron una buena correlación con los hallazgos preoperatorios en la mayoría de los casos. La sensibilidad, especificidad y exactitud de la IRM en el diagnóstico de herniación discal cervical fueron 94%, 83% y 92% respectivamente. Los autores concluyeron que la IRM puede ser utilizada como una herramienta confiable en la cual se puede determinar el nivel, tipo y posición de la herniación cervical y puede crear un plan de manejo adecuado. La mayoría

de los casos son autolimitados y se pueden resolver con tratamiento conservador, aunque algunos pueden requerir intervención quirúrgica. (3,4)

A pesar de que la clínica siempre es imperativa para la realización del diagnóstico, hay casos donde la misma puede ser similar en diferentes patologías, por lo que es importante realizar estudios de imagen para descartar otras etiologías que enmascaren el mismo cuadro. Pero en nuestra sociedad, donde la mayor parte de la población cuenta con escasos recursos, resulta ser limitado el acceso a la resonancia magnética y electrodiagnóstico en aquellos pacientes que no poseen seguro de salud, por lo que nos surge la interrogante de si existe correlación entre las pruebas clínicas y los hallazgos de resonancia magnética para el diagnóstico de radiculopatía cervical.

MÉTODO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, fuente primaria, en el cual previa aprobación de COBEFACS de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, se recolectaron los datos de los pacientes con sintomatología de radiculopatía cervical que acudieron a las consultas de Fisiatría del Hospital José María Cabral y Báez y el Patronato Cibao de Rehabilitación en el período de diciembre 2017 a marzo 2018. Se incluyeron 27 pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión (mayores de 18 años, con sintomatología de radiculopatía cervical, que aceptaran participar en el estudio, que se pudieran realizar la IRM de columna cervical, y con adecuado estado neurológico para decidir) y exclusión (los que nieguen su participación en el estudio, con contraindicación para realizarse la IRM, manifestaciones psiquiátricas descontroladas o afasia), luego de haber firmado el consentimiento

informado. Se consideraban como pacientes con probable radiculopatía cervical a aquellos que presentaban una alteración sensorial (dolor, entumecimiento o parestesia) y/o síntomas motores que se podía atribuir a compresión de una raíz nerviosa cervical. Luego se le procedió a realizar la prueba de Spurling (rotación lateral y extensión del cuello hacia la extremidad superior sintomática, luego se realiza carga axial sobre la misma, considerándose positiva si la maniobra reproduce dolor o parestesia) y la prueba de tensión del miembro superior (hombro en flexión, luego se abduce el hombro a 90 grados, se extiende el codo y los dedos, se extiende y supina la muñeca mientras el paciente desvía el cuello hacia el lado contralateral. Un resultado positivo resulta en la reproducción del dolor en cualquier paso de la maniobra) y con todos los datos se llenaba el instrumento de recolección de datos en conjunto con los hallazgos de la imagen de resonancia magnética.(5,6) Todos lo observado se presentó en tablas de frecuencias que fueron analizados y procesados en el programa SPSS.

RESULTADOS

De los 27 pacientes en estudio, todos presentaron las pruebas de Spurling y de tensión del miembro superior positivas. De los cuales, 19 mostraron hallazgos positivos a nivel del disco vertebral en la resonancia magnética (degeneración discal, protusión discal o herniación del disco), 18 con hallazgos positivos del cuerpo vertebral (osteofitos, estenosis foraminal o cambios espondilóticos degenerativos) y 3 con otros hallazgos (inversión de la lordosis cervical). El sexo predominante fue el femenino en un 81.5%, mientras que el sexo masculino lo manifestó solo en un 18.5%. La patología fue más frecuente en el grupo de edad entre 41 a 60 años con 63%, seguido por los mayores de 60 años con un 33.3% y por último en aquellos de 18 a 40 años, evidenciándose en 3.7%. En relación con el tiempo de evolución, se exhibió en 48.1% los que cursaban con más de 6 meses, seguidos de aquellos de 1 a 3 meses, de 3 a 6 meses y por último menores de un mes, con 25.9%, 14.8% y 11.1% respectivamente. Los dermatomas se encontraron afectados en 9 pacientes. Los reflejos osteotendinosos profundos se percibieron normales en 55.6% de los pacientes, con hiperreflexia en 33.3% e hiporreflexia en 11.1%. Ninguno de los pacientes tenía los reflejos osteotendinosos profundos ausentes.

Tabla cruzada de χ^2 Pruebas Clin

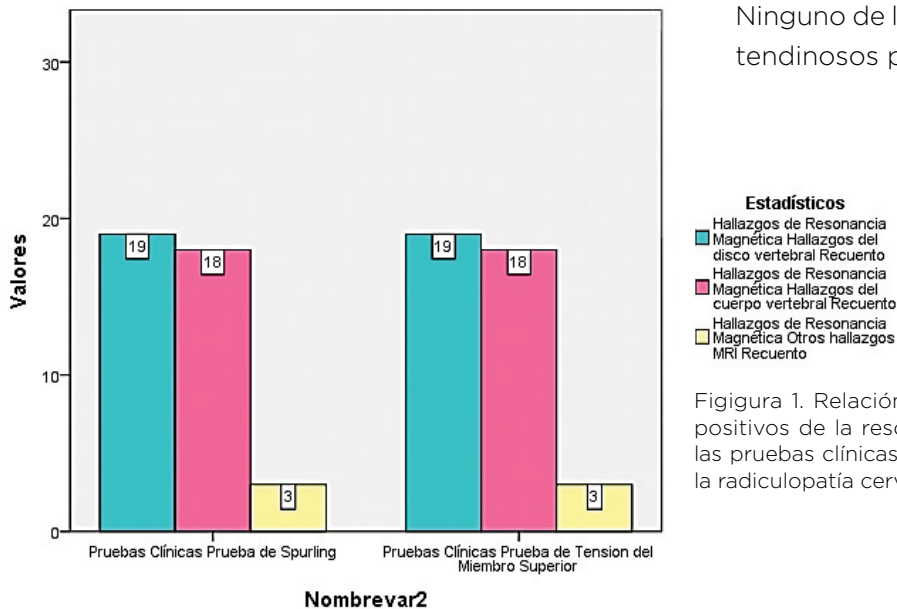


Figura 1. Relación entre los hallazgos positivos de la resonancia magnética y las pruebas clínicas en el diagnóstico de la radiculopatía cervical

DISCUSIÓN

En relación con el sexo y los hallazgos positivos de la resonancia magnética, se encontró que, de los 27 pacientes, 22 eran del sexo femenino mientras que 5 eran del sexo masculino. En las investigaciones observadas, la mayor frecuencia de radiculopatía cervical es en hombres, lo cual no fue corroborado en nuestro estudio, que asumimos ocurrió por la pequeña muestra de nuestra población. También podemos inferir a que en países desarrollados hay mayor conciencia del sexo masculino sobre la importancia de acudir a los centros sanitarios en etapas tempranas de la enfermedad, pero en nuestra sociedad los hombres esperan hasta el momento donde el dolor presente características de severidad o que dicha patología los lleve a una discapacidad para asistir a un centro de salud.

En referencia al grupo etario, a consulta acudieron 17 pacientes entre 41 a 60 años, seguidos por 9 pacientes mayores de 60 años y por último 1 paciente entre 18 y 40 años. Con estos resultados podemos observar una relación con los estudios previamente descritos, ya que la edad más frecuente de presentar radiculopatía cervical es entre la cuarta y quinta década de la vida, con una media correspondiente a 56 años. Sobre el tiempo de evolución de la radiculopatía cervical con relación a la resonancia magnética, se encontró que la mayor frecuencia la presentaron aquellos con más de 6 meses de evolución con la sintomatología, con 13 casos, seguidos de los de 1 a 3 meses en 7 casos, 3 a 6 meses en 4 casos y por último los que lo presentaban los síntomas de menos de 1 mes de evolución en 1 caso. Esto nos hace inferir que es más frecuente que acudan a la consulta con una patología crónica, seguido de la etapa subaguda. Lo mismo puede ser debido a que los pacientes no le presten atención a la sintomatología y esperan a que ocurra una recurrencia de esta para acudir a un

centro hospitalario. También podemos deducir que, si los mismos asistieron a un centro de salud fue manejado de manera conservadora, a través de terapia farmacológica y no fue derivado de manera oportuna al fisiatra.

Con relación a los hallazgos de resonancia magnética según las pruebas clínicas, pudimos observar que, de los 27 pacientes, 19 presentaban hallazgos positivos del disco vertebral, 18 con hallazgos positivos del cuerpo vertebral y 3 pacientes con otros hallazgos en la resonancia magnética. Estos 3 pacientes presentaron inversión de la lordosis cervical, lo cual es un trastorno en cuanto a las curvaturas normales de la columna, que se puede visualizar en la radiografía de columna cervical, mediante su proyección lateral, estudio que generalmente se hace de primera instancia y es de menor costo en relación con la resonancia magnética. Lo que nos infiere que aquella patología que puede tener una sintomatología parecida a la radiculopatía cervical, la cual puede ser diagnosticada y tratada adecuadamente antes de realizarle el estudio de resonancia magnética. Es importante resaltar que los 27 pacientes presentaron tanto la prueba de Spurling como la prueba de tensión del miembro superior positivas. Debido al hecho de que no obtuvimos pacientes con la resonancia magnética sin hallazgos, estas pruebas clínicas son altamente sensibles y específicas al momento de diagnosticar la radiculopatía cervical, hecho que demuestra la importancia de nuestro estudio.

Al encontrarnos ante una sociedad de escasos recursos y una parte importante de la población no cuenta con seguro de salud, a veces no tienen la disponibilidad económica para realizarse un estudio de imagen. Pero si aplicamos de forma adecuada dichas maniobras podemos iniciar un tratamiento de manera temprana, sobre todo enfocado en la higiene de postura, con fines

de provocar una mejoría de la sintomatología del paciente, hasta que el mismo se pueda realizar el estudio y evitar que dicha patología se cronifique. Esto también resalta la importancia que posee el examen físico ya que al hacer una buena anamnesis y se aplican de manera adecuada las maniobras, podemos tener el diagnóstico más temprano. Con respecto a los dermatomas afectados según los hallazgos de resonancia magnética, pudimos constatar que, de los 27 pacientes, 9 presentaron alteración de los dermatomas. En nuestro estudio se apreció que aquellos que tenían hallazgos positivos del disco, C5, C6 y C7 fue evidenciado en 5 ocasiones mientras que C8 y T1 en 4. También se observó que 3 pacientes tenían afectación de todos los dermatomas y cursaban con más de 3 meses con la sintomatología. Sobre la relación de los reflejos osteotendinosos profundos y los hallazgos de resonancia magnética, comprobamos que 15 pacientes contaban con reflejos normales, 9 con hiperreflexia y 3 con hiporreflexia. Así mismo observamos que cuando los pacientes presentaron alteración de los reflejos, en su mayoría cursaban con más de 3 meses con la sintomatología. En cuanto a la relación al lado dominante y la lateralidad de la braquialgia, se evidenció que todos los pacientes (n=27) eran diestros. Teniendo esto como una constante, la lateralidad de la braquialgia se localizó hacia el lado izquierdo en 12 pacientes, correspondiendo a un 44%, para el lado derecho en 9 ocasiones (33.3%) y en 6 ocasiones (22.2%) para ambos lados. También observamos que los pacientes que tenían la lateralidad hacia el lado no dominante presentaban en su mayoría más de 3 meses con la patología. A su vez, todos los pacientes que presentaron la lateralidad hacia ambos lados tenían más de 6 meses con la sintomatología. Esto nos hace inferir que los pacientes tienen una ligera tendencia a tener la lateralidad de la braquialgia hacia el lado no dominante, lo que podría deberse a que en el lado dominante hay

mayor desarrollo del aparato osteomioarticular, que el lado no dominante trata de compensar siendo sometido a mayor nivel tensional durante los primeros meses, pero al mantener la cronicidad presenta un colapso. Con lo anteriormente descrito, hemos de considerar que a medida que la patología va pasando a un estado crónico puede haber mayor número de alteraciones, por lo que sería importante y oportuno detectarla a tiempo.

REFERENCIAS

1. Kim HJ, Nemani VM, Piyaskulkaew C, Vargas SR, Riew KD. Cervical radiculopathy: Incidence and treatment of 1,420 consecutive cases. *Asian Spine J.* 2016;10(2):231-7.
2. Ghasemi M, Golabchi K, Mousavi SA, Asadi B, Rezvani M, Shaygannejad V, et al. The value of provocative tests in diagnosis of cervical radiculopathy parte 2. *J Res Med Sci.* 2013 Mar 1;18(Suppl 1):S35-8.
3. Morshed T, Haque S, Awwal MA, Abedin N, Sultana S. Role of Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Cervical Disc Herniation: Comparison with Peroperative Findings. *Chattagram Maa-O-Shishu Hosp Med Coll J.* 2014 Dec 1;13(2).
4. Childress MA, Becker BA. Nonoperative Management of Cervical Radiculopathy. *Am Fam Physicians.* 2016;93(9).
5. Dunn RN. Brachialgia: Cervical radiculopathy and differential diagnosis. *Contin Med Educ.* 2011;29(9):359.
6. Kleinrensink GJ, Stoeckart R, Mulder PGH, Hoek G V.D., Broek T, Vleeming A, et al. Upper limb tension tests as tools in the diagnosis of nerve and plexus lesions - Anatomical and biomechanical aspects. *Clin Biomech.* 2000;15(1):9-14

Dos Casos Del Síndrome De Lance-Adams: Con Electroencefalogramas Sin Polipuntas

Juan R. Santoni, y Carlos Juan Santoni-Williams.

Centro de Rehabilitación de Santo Domingo, Centro Médico Universidad Central del Este.

RESUMEN

Dos casos del Síndrome de Lance Adams. 1ro. Dominicana caucásica, alcohólica, abogada de 51 años con paro cardiorrespiratorio prolongado con resucitación. Semanas después movimientos involuntarios, bruscos, especialmente en brazos. Disartria y piramidismo bilateral. EEG sin Alpha, con episodios electrodepresivos y puntas focales temporales. Sorprende ausencia de polipuntas, usuales en Mioclonias infantiles. Rx Levetiracetam. 2do. Estudiante mixto de 29 años que utiliza drogas (cocaína, marihuana) estrangulado sin respirar por 20 minutos. Cinco meses después, temblores y movimientos involuntarios en MMSS: pérdidas sensitivas guantes/medias. EEG anormal con ondas lentas generalizadas: ni descargas ni focos. IRM craneal: dilatación ventricular, atrofia medial cerebelosa. Rx Valproato.

INTRODUCCIÓN

James Lance y Raymond Adams presentan en la revista británica Brain del año 1963, un artículo intitulado “El síndrome de mioclonias de Intención o acción como secuela de encefalopatía anóxica” . En esta publicación se describen 4 casos, 2 femeninos y 2 masculinos de 46 a 64 años, que habiendo sido resucitados tras un paro cardíaco o una isquemia, prolongada por más de 10 minutos, sufren un cuadro inicial comatoso con status epiléptico de difícil control, observándose días o semanas después

ABSTRACT

Two Lance Adams Syndrome cases. Case 1. Caucasian, alcoholic, Dominican 51 yrs old lady lawyer suffering prolonged cardiorespiratory arrest: successfully revived. Weeks later involuntary continuous upper limb movements. Examination shows dysarthric speech and pyramidal signs. EEG without alpha rhythm, with electrodepressive episodes and temporal focal waves. Surprising absence of Polyspiking, seen in infantile Myoclonic epilepsy. Levetiracetam treatment. Case 2. Hispanic 29 yrs old student on cocaine/ Marihuana, strangled and breathless for 20 minutes. Five months later, tremor and involuntary upper limb movements. Glove/ stocking sensory losses. Abnormal generalized slow EEG without paroxysms or foci. Cranial MRI shows ventricular dilatation and midline cerebellar atrophy. Valproate Treatment.

movimientos involuntarios continuos. Al reportarse manifestación clínica de múltiples casos similares, se le ha llamado Síndrome de Lance Adams (SLA).

Habiendo observado en los últimos quince 15 años dos casos de SLA en el Centro de Rehabilitación de Santo Domingo (CRSD), hemos decidido publicarlos especialmente por haber grabado en video y sometido a tratamiento con Levetiracetam al más reciente.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso número 1. Se trata de dominicana caucásica, originaria de La Vega, de más de 50 años, ejerciendo de abogada en los Estados Unidos, quien sufre el 31 de diciembre del 2017 una pérdida de conocimiento seguida por un paro cardíaco prolongado con resucitación exitosa.

Es tratada en centro hospitalario local por coma de más de 10 días, pero pocas semanas después comienza con movimientos involuntarios bruscos y continuos especialmente en miembros superiores. El 19 de mayo del 2018 es traída a Santo Domingo por su padre donde comienza sesiones de terapia física en el CRSD: siendo examinada por nosotros el 28 de junio. Anotamos en su anamnesis que había ingerido diariamente, alcohol en exceso por meses incluyendo la noche de año nuevo del 2017. En el examen se nota la disartria severa, más un síndrome piramidal, que junto con los movimientos súbitos pudieron ser grabados.

Dicho video y su electroencefalograma (EEG) fueron presentados de forma “preliminar” al Club de la Epilepsia de la Sociedad Dominicana de Neurología y Neurocirugía, junto con el Caso 2, observado en el año 2006, con diagnósticos de Síndrome de Lance Adams.

En el EEG del caso 1, no se recogen ni ritmos de Alpha ni Rolándicos, pero sí episodios de “electrodepresión” que se repiten cada uno a dos segundos en las ocasiones en que disminuyen los artefactos musculares (figura 1). También se recogen ondas agudas focales en región temporal izquierda, algunas veces con focos en espejo simultáneos. En el trazado nos sorprende la ausencia de descargas paroxísticas de Polipuntas o Polipunta onda (PP&O) que acompañan las mioclónias usuales de los síndromes graves infantiles. Minutos después de terminado el EEG y al practicarle su habitual terapia física sufre un episodio corto de cianosis severa. Ese día se comienza tratamiento con Levetiracetam.



Figura 1. Trazado de vigilia efectuado sin medicación hipnótica, y sin practicar Hiperventilación por falta de cooperación. La Foto estimulación no evoca claras respuestas occipitales

Caso no 2. Nuestro paciente es un vecino mixto de San Cristóbal que examinamos en el 2006. Estudiante de arquitectura que utiliza drogas prohibidas por varios años como cocaína, y Marihuana y quien, dos años antes le estrangulan durante una pelea quedando inconsciente por casi 20 minutos.

Transcurridos cinco meses presenta dificultad en el habla, y después le comienzan temblores y movimientos involuntarios de ambas manos. Examen con pupilas ópticas pálidas, nistagmos, temblor de reposo e intencional. Reflejos disminuidos, con pérdidas sensoriales, en guantes y calcetines y además una Meralgia Parestésica bilateral. Su electroencefalograma efectuado en la Clínica Abreu presenta ondas lentas generalizadas, sin ninguna descarga paroxística ni focalización epileptógena, pero con somnolencia. En la Resonancia Magnética de Cráneo: dilatación del tercero y ambos ventrículos laterales, se le reporta una atrofia medial del cerebelo. Se le indica Valproato.

CONSIDERACIONES Y RESULTADOS

En el caso 1, teníamos la seguridad que su EEG presentaría episodios de Polipuntas o de Polipunta onda (P&PO) que habíamos observado en síndromes epilépticos mioclónicos tempranos, por ejemplo, en la Hipsarritmia del Síndrome de West. Ya por encima de los 16 años sólo habíamos observado polipuntas en una ocasión en femenina caucásica en sus 40, como se muestra en la figura 2.

Sin embargo, al revisar la literatura de múltiples casos reportados de SLA nos dimos cuenta de que también otros autores encuentran otras alteraciones como la de supresión de brotes , espigas frontales , complejos punta onda , ausencias de descargas .aparte, desde luego, de Polipuntas . La localización del origen de las Polipuntas ya la habíamos descrito en un trabajo que presentamos en la reunión anual de la sociedad de Epilepsia de Estados Unidos que tuvo lugar en

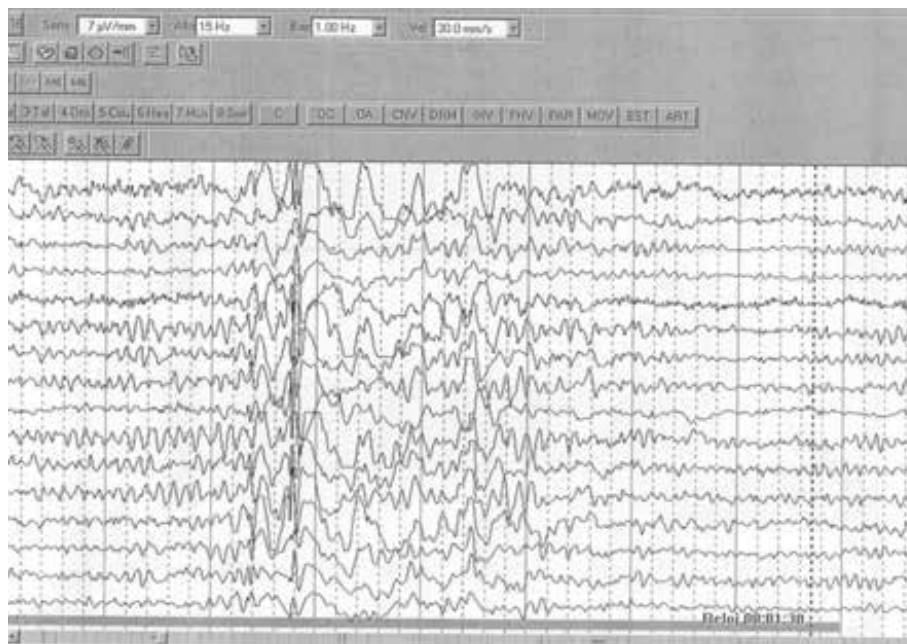


Figura 2. Trazado de vigilia, durante la hiperventilación, paciente tiene síntomas de Epilepsia focal de lóbulo temporal en tratamiento con Fenobarbital.

Boston en el año 1989. Allí proponíamos que estas Polipuntas sólo aparecen como respuesta del tronco cerebral bajo en menores de seis años por la “inmadurez de estructuras superiores del tronco” . Eventualmente al madurar dicho tronco superior, con los ganglios basales, la corteza cerebral, y el cerebelo, la P&PO deja de aparecer. Cuando la isquemia durante el arresto cardiaco, etc., lesiona la corteza cerebral se provoca un retroceso patológico liberándose las estructuras inferiores del tronco para entonces aparecer: la supresión de brotes, la electrodepresión y algunas veces la P&PO (figura 2).

CONCLUSIONES

El síndrome de Lance Adams es un Diagnóstico clínico con las siguientes características:

Es frecuente en casos de resucitación de ahorcados, ahogados, o que han sufrido paro cardiaco-Respiratorio, incluso consecuencia de accidente de anestesia.

En algunos casos puede haber reacción patológica neurológica inmediata con estado de mal epiléptico incluso mioclonias: luego, tras semanas, se presentan los movimientos involuntarios, temblores, y mioclonias de nuevo.

Teóricamente la lesión difusa de la corteza cerebral, por la isquemia prolongada, crea un retroceso que representa liberación de estructuras inferiores como los ganglios basales, el cerebelo y tronco cerebral inferior que dan lugar a los movimientos involuntarios. Al mismo tiempo se acompañan de un EEG con actividades que hubieran ocurrido en enfermedades Mioclónicas severas infantiles, desde la polipunta o polipunta onda u otras actividades epilépticas como focos múltiples, episodios de electrodepresión, supresión de brotes o incluso la normalidad como es descrito por múltiples autores.

REFERENCIAS

- 1.Lance JW, Adams RD. *The syndrome of intention or action myoclonus as a sequel to hypoxic encephalopathy.* Brain.1963;86:111-136.
- 2.Wijdicks EFM. *Propofol in myoclonus status epilepticus in comatose patients following cardiac resuscitation.* Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2002;73:94-95.
- 3.Shin JH, Park JM, Kim AR, et al *Lance-Adams Syndrome.* Ann Rehabil Med.2012;36(4):561–564.
- 4.Ilik F, Ilik MK, Çöven İ. *Levetiracetam for management of Lance Adams Syndrome.* Iran J Child Neurol. 2014 Spring;8(2):57-9
- 5.Steinhoff J, Bacher M, Kurth C, et al. *Add-on peramppanel in a Lance Adams Syndrome.* Epilepsy & Behavior Case Reports. 2016;6: 28–29.
- 6.English WA, Giffin NJ, Nolan JP. *Myoclonia after Cardiac Arrest: Pitfalls in Diagnosis and Prognosis.* Anesthes.2009;64:908-11
- 7.Santoni, Juan R. *Relation between brain maturation and epilepsy.* Amer Epilepsy Society Proceedings. Epilepsia. 1989;30(5):706.
- 8.Morris H R Howard, R S, Brown P. *Early myoclonic status and outcome after cardiorespiratory arrest.* Neurosurgery & Psychiatry. 1998;64:267-268.
- 9.Waddell Dirweesh A, Ordonez F, et al *Lance Adams Syndrome associated with cerebellar pathology* J of Community Hos Inter MedPerspectives2017;7:182-184.

Notas en Gerencia de Salud: Principios Michael Porter - HBS de Competencia Basada en Valor

El éxito financiero NO es igual a éxito con el paciente
Profesor Michael Porter. *Harvard Business School*.

INTRODUCCIÓN

En la primavera del 2009, mientras trabajaba como profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, fui invitado (pienso que en preparación para la nueva reforma de salud de los EE. UU.) a participar en un programa de formación en Gerencia de Salud organizado por el Harvard Business School. El título del programa era “Value Based Health Care Delivery (VBHD)” y fue liderado por el reputado Profesor Michael Porter (gurú de competitividad y estrategia de negocios), simplemente al concluir ese programa salí otra persona (Figura-1). Al participar en este curso (así como una de esas misteriosas experiencias de la vida) no sabía lo que me esperaba, pensaba que sería un curso interesante, pero realmente no anticipaba que fuese la experiencia que hoy definiría mi norte profesional. Hoy, entiendo que las fuerzas que conducen nuestros sistemas de salud están viciadas, desorientadas, mal-guiadas, simplemente equivocadas. Nuestra métrica está errada, nuestro sistema está roto, gerencia (y competencia) basada en valor es la solución.

SOBRE LA GERENCIA DE SALUD BASADA EN VALOR

El concepto económico de valor aplicado a los sistemas de salud es el producto de la siguiente ecuación: **Resultados + Calidad / Costos (1-2)**. De forma que entendemos que este es quizás el más necesario concepto en gerencia de salud, uno que busca objetivamente integrar a los

clínicos (enfocados en resultados y calidad asistencial), con los administradores (enfocados en costos y márgenes). El objetivo de los modelos basados en valor es alinear la compensación y sanciones de médicos y hospitales con las medidas de costo, calidad y resultados.

La atención basada en el valor de esta forma difiere de un enfoque de pago por servicio o por capitación, en que el “valor” en la atención médica basada en el valor se deriva de la medición de los resultados de salud frente al costo de la entrega de estos resultados, desincentivando así el concepto de “ver más pacientes para ganar más dinero”.

Basado en la investigación del profesor Michael Porter, **Value-Based Health Care Delivery** es un marco para la reestructuración de los sistemas de salud en todo el mundo, con el objetivo general de obtener valor para los pacientes (1-4). Entendiendo que el valor es el único objetivo que puede unir los intereses de todos los actores del sistema de salud.

EL OBJETIVO ES VALOR PARA EL PACIENTE NO REDUCIR COSTOS PARA LA INSTITUCIÓN

Los modelos utilizados en nuestras instituciones de salud sobre el cómo contener costos. involucran en muchos casos cortes presupuestarios, cancelación de recursos humanos (colocando un mayor peso en el médico) y compras baratas, estas “soluciones” pueden comprometer la calidad de la atención y el valor que recibe

el paciente. Entendemos que la visión debe ir dirigida a contener los costos y al mismo tiempo mejorar el valor, mejorando así la calidad y los resultados. Este concepto se relaciona directamente a la afirmativa de que una mejor salud es intrínsecamente menos cara que una enfermedad, entonces nuestro objetivo NO es el tratamiento; es **mejor salud (5-6)**. Este principio implica que debe haber más hincapié en la prevención, detección temprana, hacer el diagnóstico correcto, evitar complicaciones y otras acciones que mejoran la salud. Entonces hay que promover valor y contener costos, mejorando la calidad y así los resultados médicos (7).

Los modelos basados en valor cambian los incentivos para centrarse en recompensar mejores resultados y un menor gasto. Históricamente, la mayoría de los servicios médicos se pagan / reembolsan en un entorno de pago por servicio (PPS). Básicamente, lo que eso significa es que cada episodio de atención se trata como un evento aislado para fines de pago por los servicios prestados. Este sistema PPS incentiva el uso de más pruebas, procedimientos y tratamientos, algunos de los cuales pueden no estar respaldados por la medicina basada en evidencia. El modelo de pago de PPS en atención salud se considera uno de los principales contribuyentes de los altos costos porque fomenta e incentiva el uso de más servicios, impulsando el volumen, no necesariamente el valor, ya que los pagos dependen de la cantidad, no en la calidad (5-6).

Los beneficios de un sistema de salud basado en el valor se extienden a todos los actores, incluyendo los pacientes, proveedores, pagadores/aseguradoras y la sociedad en general. Los pacientes gastan menos dinero para lograr una mejor salud. Como resultado, los pacientes necesitan menos visitas al médico, menos exámenes médicos y menos procedimientos,

gastando menos dinero en consultas y medicamentos recetados, ya que mejoran la salud a corto y largo plazo.

LOS CUATRO BENEFICIOS DIRECTOS DE UN SISTEMA BASADO EN VALOR SON:

1. Los proveedores logran eficiencias y una mayor satisfacción del paciente. Las medidas de calidad y participación del paciente aumentan cuando el foco está en el valor en lugar del volumen. Además, los proveedores no están expuestos al riesgo financiero que conlleva el sistema de pago por capitación. Incluso los proveedores con fines de lucro, que pueden generar un mayor valor por episodio de atención, pueden ser recompensados bajo un modelo de atención basada en el valor.

2. Los pagadores controlan los costos y reducen el riesgo. El riesgo se reduce al extenderlo a una población de pacientes más grande. Una población más saludable y con menos reclamos se traduce en un menor drenaje de los fondos e inversiones premium de los pagadores. El pago basado en el valor también permite a los pagadores aumentar la eficiencia combinando pagos que cubren el ciclo completo de atención del paciente, o para afecciones crónicas, que cubren períodos de un año o más.

3. Los proveedores alinean los precios con los resultados de los pacientes. Los proveedores se benefician al poder alinear sus productos y servicios con resultados positivos para los pacientes y un costo reducido, una propuesta de venta importante ya que los gastos nacionales en salud en medicamentos recetados continúan aumentando. Muchas partes interesadas de la industria de la salud piden a los fabricantes que relacionen los precios de los medicamentos con su valor real para los pacientes, un proceso que

probablemente sea más fácil con el crecimiento de las terapias individualizadas.

4. Los Servicios De Salud Basados En El Valor llevan A Innovación y Nuevos Modelos de prestación. La proliferación de la atención médica basada en el valor está cambiando la forma en que los médicos y los hospitales brindan atención. Los nuevos modelos de prestación de atención médica enfatizan un enfoque orientado a los equipos para la atención del paciente y el intercambio de datos del paciente para que la atención se coordine y los resultados se puedan medir fácilmente. Dos ejemplos son revisados aquí. Como competencia basada en valor, benchmarking y compras de servicios de salud basados en valor.

¿CUÁL ES EL FUTURO DE LA ATENCIÓN MÉDICA BASADA EN VALOR?

En la mayoría de las instituciones de salud, los servicios de atención normalmente se ofrecen de forma secuencial, ineficiente, faltando coordinación interdepartamental, faltando integración, ignorándose la perspectiva del paciente. Para ofrecer valor, la atención debería organizarse alrededor de la condición médica específica del paciente (cáncer, infarto al miocardio, trauma etc...), con este concepto se coordinan todos los servicios pertinentes durante todo el ciclo completo de atención para esa condición médica específica (prevención, laboratorio, imágenes, atención, rehabilitación etc...), y como resultado los individuos e instituciones desarrollan una profunda experiencia y experticia en esta particular enfermedad. Con este modelo integral, todos los expertos y el equipo que necesita un paciente para una enfermedad particular están en una ubicación centralizada, aumentando la experiencia, escala y aprendizaje de los proveedores, haciendo que el proceso de tratamiento sea uno

completo, más eficiente y menos costoso así ofreciendo de esta forma un mayor valor para el paciente.

Pasar de un sistema de pago por servicio a un sistema de pago por valor lleva tiempo, y la transición puede resultar difícil. A medida que el panorama de la salud continúa evolucionando y los proveedores aumentan la adopción de modelos de atención basados en el valor, es posible que se vean impactos financieros objetivos a corto plazo antes de que los costos a largo plazo disminuyan. Al integrar diseño, procesos administrativos y atención clínica se crea una mejor experiencia, una que realmente es centrada en el paciente y vela por el mejor interés de este. De forma que simplemente “la unión (en este caso la integración) hace la fuerza”, y esta fuerza es esencialmente el valor que recibe el paciente.

PROGRAMA DE COMPRAS BASADO EN VALOR

Bajo el Programa de Compras Basadas en el Valor Hospitalario (Value Based Purchasing-VBP) actualmente implementado por el Centers of Medicare and Medicaid Services (CMS) de los EE. UU., los hospitales de cuidados agudos reciben pagos ajustados basados en la calidad de la atención que brindan. El programa motiva a los hospitales a mejorar la calidad y la seguridad de la atención hospitalaria aguda para todos los pacientes mediante:

- **Eliminar o reducir los eventos adversos (errores de atención médica que causan daño al paciente)**
- **Adoptar estándares y protocolos de atención basados en la evidencia que generen los mejores resultados para la mayoría de los pacientes**

- Cambiano los procesos del hospital para crear mejores experiencias de cuidado del paciente
- Aumentar la transparencia de la atención para los consumidores
- Reconocer hospitales que brindan atención de alta calidad a un menor costo para Medicare

Se espera que CMS continúe perfeccionando sus mediciones de VBP, por lo que es importante que los hospitales mejoren continuamente sus resultados clínicos para que puedan simultáneamente mejorar el reembolso y su reputación entre los consumidores.

SOBRE LA COMPETENCIA BASADA EN VALOR

Notamos de forma preocupante la carencia de transparencia en procesos relacionados a nuestros servicios de salud. Lamentablemente el consumidor de servicios de salud simplemente desconoce data e información que le permite procesos de toma de decisiones “educados” con relación a su salud. En otras industrias notamos que el consumidor tiene acceso a información y conoce sus opciones y el valor del producto a comprar (como comprar un carro o una televisión). De forma interesante existen esfuerzos en países como los Estados Unidos para generar sistemas de “ranking” y competencia basadas en resultados, como es el US World and News Report (<http://health.usnews.com/best-hospitals>), pero entendemos que realmente la base de la competencia debe ser basada en valor integrando resultados, calidad y costos permitiéndoles a nuestros pacientes tomar las decisiones correctas para su salud, sopesando así diferentes elementos a considerar en su proceso de atención médica ayudándoles a tomar una decisión inteligente.

Desde la perspectiva de Aseguradora de Riesgos de Salud hay elementos a considerar para crear una plataforma transparente de competencia basada en valor:

1. Costo por afiliación
2. Cartera de proveedores “incluidos” en los planes
3. Calidad de los centros y proveedores “preferidos”
4. Rapidez del servicio, horas de atención para aprobación de procesos e intervenciones y scores de atención al usuario
5. Cobertura de procedimientos avanzados y en enfermedad crítica (muchas veces necesarios)
6. Compensación por servicios a proveedores y prestadoras.

Elementos básicos a considerar en este proceso de Benchmarking de Salud Basado en Valor para proveedores y prestadores:

1. ¿Cuál es el mejor hospital o centro para su condición?: Entendiendo no es prudente llevar a un paciente con cáncer al mejor centro de trauma o al centro que más sale en las revistas.
2. ¿Cuál es el mejor médico para tratar ese problema?: Existen formas de evaluar credenciales de médicos y su preparación en centros reconocidos, pero al final de nada sirve tener la mejores “credenciales” si la tasa de complicaciones y mortalidad de un proveedor en particular es superior a una media de sus colegas (peer benchmarking).
3. Es el valor del producto a ofrecer competitivo?: son los resultados (calidad, complicaciones) y los costos aceptables cuando comparados con los otros especialistas y centros que se dedican a ese tipo de medicina?

PROPUESTA PARA BENCHMARKING COMPETITIVO BASADO EN VALOR

Crear una fuente de información actualizada, detallada y de acceso libre para los consumidores. De forma que sepa la calidad, resultados y costos de los centros de salud, proveedores y aseguradoras. Inclusive planteamos el segmentar esa información para patología específicas. Esta data debe de ser de acceso público y generar competencia basada en valor (competencia leal). De forma que el mercado sea guiado por el concepto de valor y que sea el consumidor y los proveedores y prestadores que muevan esas fuerzas del mercado.

De esta manera un consumidor puede comparar el Hospital- X con el Centro-A para una patología (o serie de patologías) determinada y evaluar la calidad del servicio y atención de diferentes médicos y proveedores, antes de tomar su decisión. Esta propuesta la hemos trabajado para algunas líneas específicas en medicina internacional, incluyendo turismo médico (8-9).

CONCLUSIONES

El concepto económico de valor aplicado a los sistemas de salud resulta de la siguiente ecuación Resultados + Calidad / Costos

La atención basada en el valor difiere de un enfoque de pago por servicio o por capitación, en que el “valor” en la atención médica basada en el valor se deriva de la medición de los resultados de salud frente al costo de la entrega de estos resultados, desincentivando así el concepto de “ver más pacientes para ganar más dinero”.



Figura 1. EL Autor Dr. Amado Alejandro Báez, junto al Profesor Michael Porter del Harvard Business School, padre de Value-Based Healthcare Delivery.

REFERENCIAS

- 1 Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg.* 2008 Oct;248(4):503-9. doi: 10.1097/SLA.0b013e31818a43af. Review. PubMed PMID: 18936561.
- 2 Porter ME. A strategy for health care reform-toward a value-based system. *N Engl J Med.* 2009 Jul 9;361(2):109-12. doi: 10.1056/NEJMp0904131. Epub 2009 Jun 3.
- 3 Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harv Bus Rev.* 2004 Jun;82(6):64-76, 136. PubMed PMID: 15202288.
- 4 Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of healthcare. *JAMA.* 2007 Mar 14;297(10):1103-11. PubMed PMID: 17356031. Waldrop VH, Laverty DC, Bozic KJ. Value-based Healthcare: Increasing Value by Reducing Implant-related Health Care Costs. *Clin Orthop Relat Res.* 2018 May 14. doi:10.1097/01.blo.0000534683.24250.9c.
- 5 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024. Epub 2010 Dec 8.
- 6 Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev.* 2011 Sep;89(9):46-52, 54, 56-61 passim. PubMed PMID: 21939127.
- 7 Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Aff (Millwood).* 2013 Mar;32(3):516-25. doi: 10.1377/hlthaff.2012.0961.
- 8 Amado Alejandro Baez. COMPETITIVE BENCHMARKING AND MEDICAL TOURISM: THE CASE FOR A VALUE-BASED MODEL. Accesado de la red en Junio 15 2018 desde: <https://www.imtj.com/news/medical-tourism-case-value-based-model>
- 9 Amado Alejandro Baez. EMC2-Net: Caribbean Emergency Medicine and Critical Care Travel Medical Tourism Magazine October 13th, 2015. Accesado de la red en Junio 15 2018 desde: <http://www.medicaltourismmag.com/emc2-net-caribbean-emergency-medicine-a>.

El debate sobre la dignidad humana

Autor:

Dr. Miguel Suazo

Médico Bioeticista

La dignidad es un tema exigido todos los días. En muchos casos se reclama como derecho, como elemento común que caracteriza no a los seres vivos sino a los seres humanos y que tiene referentes históricos de mucha importancia.

La palabra “dignidad” nace en la antigua Roma apoyada en un concepto individual al cual se llegaba por vías muy claras: herencia por tener ascendientes en la nobleza, por ser parte de ella o por pertenecer al senado. Es decir, ligado a la autoridad, pero debía ser acompañado de una vida adornada por la rectitud moral.

El caso es que era una conquista personal a la cual se podía llegar, se podía perder y restituir de acuerdo a esas condiciones de índole social, claro que ya esto indicaba su carácter elitista ya que no era una posibilidad de esclavos sino de libres.

El mundo cristiano la asume y la coloca en una perspectiva religiosa ya que ante el reconocimiento de un padre divino amoroso reconoce la igualdad de todos sus hijos sin excluir su procedencia social, de género o méritos. De ahí que la palabra “dignitas” fuera acogida como sinónimo o cercana al reconocimiento de “ser persona”, algo intrínseco a esa condición y solo establece diferencias con las no-personas o sea los animales, las plantas, las cosas, es un reconocimiento óntico, es decir del ser mismo. Es una condición propia solo de los seres humanos, lo cual de antemano genera reflexiones más profundas como saber en qué momento del desarrollo embrionario se adquiere la dignidad y en qué momento de la vida se pierde. Mas

aun una pregunta clave en la bioética: ¿Se tiene dignidad con un diagnóstico de estado vegetativo persistente, o en muerte cerebral y el cadáver como tal?

De esa tradición expresada aún recogemos sus marcas cuando escuchamos las presentaciones protocolares de funcionarios y personalidades reconocidos como “altas dignidades” o “altos dignatarios”

Con esta visión religiosa entramos en un avance ya que el término se desplazó de la meritocracia individual de los poderosos y libres a un denominador común de los seres humanos, personas, con alma, por tanto, dignos y llamados a ser libres. Son los mismos sectores de poder, quien en un momento determinado de la historia busca definiciones y clasificaciones que les hace reconocer que hay seres que “no tienen alma”, como se señaló con nuestros indígenas, lo cual los excluye de la dignidad y permite sean usados como medios.

De nuevo el poder elitiza el concepto de dignidad al llevarlo como posibilidad de todos los que tienen alma, para poder actuar contra ellos en virtud de su no reconocimiento como personas. Son las mismas instancias de poder las que establecen la clasificación de quiénes tienen y quiénes no tienen alma. Se complica la reflexión al ubicar como seres con dignidad a los que tienen alma, por y hace más difícil el panorama en el debate del momento en que se inicia la vida, las respuestas para los que no creen en la existencia del alma y la pregunta sobre desde cuando se es persona.

LOS APORTES DE KANT

Este filósofo alemán nació en el siglo XVIII es probablemente una de las personas que más trabajo el tema de la dignidad. Solo por reverenciarlo debemos precisar la distinción que hizo entre las cosas y las personas ya que la diferencia entre ambos la ubicó en la existencia de “dignidad en los segundos” y de precio o valor en las primeras, “las cosas valen y las personas tienen dignidad”.

Kant expresa que “en el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente, en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad.”¹

Ello acredita a las personas como centro de la moral —lo expresa de varias formas— pasa por que el ser humano debe considerar a los otros individuos como fines en sí mismos y no como instrumentos. En otras palabras, no debe utilizar a ningún hombre como una herramienta para objetivos distintos a los que el ser humano puede proponerse a sí mismo. Debemos reconocer que cada uno de nosotros puede dar una orientación universal a su acción, que lo que busca es el cumplimiento de esos fines de la humanidad que no son compatibles con considerar a los demás como meras herramientas².

La dignidad según él no tiene valor relativo sino absoluto, que no puede nunca servir de medio sino como fin en sí mismo, relacionando esta con la libertad para poder afirmar que solo los seres humanos en la medida de su racionalidad y libertad poseen dignidad.

Aquí entran otras atenuantes la dignidad en función de la libertad lo que significa que esta puede ser amenazada, de no haber libertad no habría dignidad y a la vez como un reto que hay que enfrentar continuamente, ya que no basta decir que todos somos iguales en dignidad si en la práctica muchos viven en la indignidad, como cosas, como medios y se percibe el valor de la intersubjetividad, es decir la necesidad de poner en diálogo las dignidades de los sectores sociales y de las personas, por tanto no es tan solo un atributo personal.

En su visión deontológica la dignidad aparece como un deber con nosotros y con los otros. Con esta mirada panorámica nos vamos dando cuenta de que este tema dentro del sector salud, en la asistencia sanitaria encuentra una pista de aterrizaje que aún está por construirse.

LA DIGNIDAD HUMANA EN EL MUNDO DE LA SALUD

La dignidad, igual que la ética adquiere dimensión en la medida en que se ponen en práctica valorando su centralidad no solo en las personas sino en su interacción con el otro, los otros y los demás seres vivientes que no son personas, pero son sintientes, lo que los haría sino dignos como se entiende, por lo menos serian merecedores de respeto desde el ámbito de los seres dignos.

En el campo de la salud Ruth Macklin abrió un importante debate al respecto. La Profesora Macklin del departamento de epidemiología y salud de la población del colegio de medicina Albert Einstein en New York, se opone al uso clásico del concepto de dignidad por ser poco práctico en su aplicabilidad y propone usar

¹ Scriptura Nova, Revisita digital, abril 2019. Disponible en: <http://datanova.opennemas.com/articulo/cultura/dignidad-y-precio-moral-kantiana/20150928195010000297.html>

² Kant, Inmanuel, la razón y la rutina, en Savater, F., La aventura del pensamiento, Ed. Sudamericana. Disponible en: http://www.filosofia.net/materiales/sofiafilia/hf/soff_u11_2b.html

el término ya asumido por el principalismo bioético de “Autonomía”, sin embargo esta propuesta en nuestras latitudes adquiere poco sentido en tanto la autonomía es relativa en personas que viven en exclusión, en pobreza extrema y en un contexto médico dominado por el modelo paternalista donde el médico en busca del mejor beneficio del paciente impone sus criterios aboliendo la posibilidad de que el enfermo decida, de que ejerza su Autonomía y menos pensar que sea libre, ya que previo a esto no ha vivido como valor el reconocimiento de su cuerpo como propiedad.

De por sí aquellos que nunca podrán ser autónomos por sus condiciones materiales de exclusión viven en la indignidad, aunque los postulados religiosos lo vinculen con la norma moral.

En resumen, el argumento que, a juicio de Macklin, muestra que el concepto de dignidad es inservible en bioética podría formularse del siguiente modo:

a) No se ha ofrecido una definición clara del mismo, b) y sólo ha sido utilizado como herramienta con fines políticos desde mediados de S. xx. Además, c) posee un trasfondo religioso que lo hace contrario a la naturaleza laica de los debates bioéticos. Por lo tanto, d) es mejor utilizar el término “respeto por las personas”³.

Más las personas con autonomía relativa o disminuida, como aquellos alejados de su capacidad y competencia no podrán ejercer su autonomía, sino que la delegan según las leyes del país y entonces ¿Ello implicaría que perderían su dignidad?, cosa imposible en tanto que son personas. ¿Pasaría lo mismo con los cadáveres a los cuales no se les reconocería dignidad en tanto no existen como personas?

La misma Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos reconoce la dignidad humana como el referente para el desarrollo de la ciencia y la tecnología al plantear en el artículo 3ero sobre Dignidad y Derechos Humanos lo siguiente:

1. Se habrá de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.

2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Surgen nuevas dimensiones desde la Unesco, pero partiendo del presupuesto de que ya la dignidad existe y reclama respeto tanto a esta como a la autonomía. Quizás es aquí donde debemos situar los retos para su posible aplicación en el ámbito de la salud. Quizás amerite una mirada más laica.

Para poder hablar de la dignidad como algo intrínseco del ser humano, identificarla y poder pedir que sea respetada debemos ponernos de acuerdo en cuáles insumos necesita nuestro sistema de salud en esa perspectiva. Tal vez el llamado de alerta de la Dra. Macklin nos lleve a entender que la vaguedad del término nos ha mantenido repitiéndolo mucho, pero haciendo poco por implementarlo, exigirlo y aplicarlo.

Hemos avanzado mucho en las tecnologías y las estructuras sanitarias, pero los que procedemos del mundo académico conocemos de las debilidades en la formación de nuestro personal de salud en cuanto a los contenidos bioéticos que son en esencia la base y posibilidad de poder reconocer la dignidad humana encarnado en el enfermo vulnerable.

³ López, Francisco Javier: Dignidad y bioética: el caso de las intervenciones biotecnológicas de mejora de la especie. THÉMATA. Revista de Filosofía, N°49, Enero-junio (2014) pp.: 203-215 http://institucional.us.es/revistas/themata/49/estudio_11.pdf

REFLEXIONES BIOÉTICAS

No sabemos si todos estamos hablando de lo mismo ni podremos hablar de un reconocimiento pleno de la dignidad de los enfermos:

a) Mientras nuestro sistema de atención no haga conciencia de que el modelo paternalista de atención fue producto de la época de los Griegos, donde cargados de buena intención la toma de decisiones descansaba en las manos de los médicos no del paciente, por tanto el poder era el elemento predominante y ya vimos que la dignidad era de los dominadores, era la dignidad de los nobles, por tanto no era una preocupación médica ni de la medicina, el bien era concebido como obligación, tanto que se aceptaba que con tal de hacerlo no importaba que fuera impuesto.

b) Si nos movíamos entre los siglos V y X ac podríamos decir que era una expresión de la época, pero que mantengamos con movimiento este modelo en estos tiempos y en este país significa que nuestro mayor reto en la atención sanitaria está en su humanización y esta implica una relación entre pares dignos, con libertad de acción y decisión.

Y no es que el sistema no lo contemple ni que el personal de salud esté deshumanizado, es más bien que aun carga con un modelo antiguo, correspondiente a éticas deontológicas fundamentadas en el deber como absoluto, en una época de avances tecnológicos y científicos que generan nuevas incertidumbres morales en su acontecer, pero con personal carente de una actualización de los conceptos del bien y de la responsabilidad de las personas como propietarias de su cuerpo con la toma de decisiones y sus definiciones del bien.

c) La bioética parte de preguntarse y responderse sobre "Quién es el dueño de cuerpo". El

tema de la propiedad del cuerpo es fundamental para que los gerentes del sistema de salud comprendan que solo son gerentes del sistema sanitario más no del cuerpo de los enfermos.

En la comprensión de este principio reside el de la Autonomía.

Se cambia la llamada relación médico-paciente por una nueva versión donde los profesionales pasan a ser acompañantes de procesos cuya decisión reside en el enfermo competente.

En este momento cambia el paradigma histórico y ya los profesionales de la salud no serán más aquellos predestinados de los que habla Platón en la República como elegidos por los dioses para mandar y los enfermos para obedecer, sino que han estudiado para acompañar científicamente en el proceso de la enfermedad las decisiones que el dueño del cuerpo asuma o delegue.

d) Sigue la bioética aconsejando la instauración de instrumentos como el denominado consentimiento informado, donde existe el compromiso de informar al enfermo sobre todos los elementos propios de su enfermedad, los componentes que deben implementarse para su diagnóstico, es decir explicar en qué consisten los estudios indicados, riesgos, beneficios, pronóstico, tratamientos posibles, etc. Para facilitar que el enfermo decida entre las opciones o igual rechace participar en los mismos.

Es el espacio preferencial de una autonomía que reconoce el respeto a las decisiones del otro, porque ambos son seres iguales en dignidad y diferentes en saberes o en la asimetría que aporta uno enfermo y el otro con los conocimientos.

e) La Toma de decisiones es el principal componente moral de este proceso, ya que un individuo

capaz y competente que asuma sus decisiones y se les respeten las mismas es un indicador de que se reconoce su autonomía y propiedad del cuerpo.

Operativizando estos principios podemos entonces retomar el tema de la dignidad, ahora si podemos pensar en que estaríamos caminando a la construcción de un modelo sanitario fundamentado en el respeto y en el reconocimiento de las personas como fin en sí mismo, lo otro es discurso que utiliza a las personas, que los convierte en medios

No hay vías discursivas posibles que hagan que los responsables de la asistencia sanitaria asuman la dignidad humana como categoría que ha de ser parte fundamental en la protocolización de la atención.

No hay decretos ni normativas que, aunque así lo digan, puedan obligar a tratar a las personas que acuden a los servicios como seres humanos con dignidad.

La queja histórica de los servicios de salud públicos y privados descansa en el fundamento de que todo el personal de salud ha sido y sigue siendo formado en un modelo paternalista fundamentado en la búsqueda del bien (del bien que entiende el profesional), y en la toma de las mejores decisiones que las consigan (decisiones del profesional), opacando la libertad y la autonomía por tanto ignorando que estamos tratando con seres humanos con dignidad.

REFERENCIAS

1. *Scriptura Nova*, Revista digital, abril 2019. Disponible en: <http://datanova.opennemas.com/articulo/cultura/dignidad-y-precio-moral-kantiana/20150928195010000297.html>.
2. Kant, Immanuel, *la razón y la rutina*, en Savater, F., *La aventura del pensamiento*, Ed. Sudamericana. Disponible en: http://www.filosofia.net/materiales/sofiafilia/hf/soff_u11_2b.html.
3. López, Francisco Javier: *Dignidad y bioética: el caso de las intervenciones biotecnológicas de mejora de la especie*. THÉMATA. Revista de Filosofía, N°49, Enero-junio (2014) pp.: 203-215 http://institucional.us.es/revistas/themata/49/estudio_11.pdf

La enseñanza de la Medicina en la República Dominicana

Autor:

Dr. Herbert Stern

La formación de médicos en nuestro país tiene sus antecedentes desde la fundación de la primera Universidad del nuevo mundo, la Universidad de Santo Tomas de Aquino, que estuvo formando médicos hasta el 1821, en que es cerrada por las tropas invasoras haitianas. Durante la ocupación haitiana los estudiantes que querían estudiar medicina lo hacían de forma libre y presentaban sus exámenes ante el Juro Medico Haitiano. Luego de la Independencia de nuestro país, en julio del 1859 se restablece el Seminario Conciliar de Santo Domingo con cuatro facultades, entre ellas la de ciencias médicas. Sin embargo el estudio de la carrera de medicina seguía siendo casi artesanal, llegando al caso de clases que se daban en casas de particulares. Debido a la situación política la Universidad nunca llegó a establecerse realmente. En 1866 el Presidente José María Cabral crea el Instituto Profesional que adquiere su madurez en 1882. Gracias a los esfuerzos de Monseñor Meriño el Instituto Profesional de Santo Domingo otorgaba el título de Licenciado en Medicina y Cirugía a los estudiantes que habían completado una serie de cursos. Las prácticas eran mínimas y se hacían de forma voluntaria en el Hospital Militar de Santo Domingo. más tarde en Santiago se inaugura el Instituto Profesional de Santiago, con un curriculum similar. El 6 de noviembre del 1914 durante la Presidencia Provisional del Dr. Ramón Báez, reabre definitivamente la Universidad, se dispone el cierre del Instituto Profesional y todos los profesores del Instituto pasaron a la Universidad. En 1928 se crea la Asociación Nacional de Estudiantes Universitarios y en 1932 la Ley General de Estudios elimina el sistema de estudiantes libres. En ese momento los estudiantes recibían el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, con la posibilidad de realizar estudios adicionales para obtener el título de Doctor en Medicina, siguiendo las líneas de la educación médica francesa. En 1945 se inaugura la nueva Facultad de Medicina, con instalaciones modernas y se cambia el curriculum para que todos lo graduados reciban el grado de Doctor en Medicina desde el inicio de los años 1950. Tras la muerte de Trujillo se inicia un movimiento para solicitar la Autonomía Universitaria que se consigue en diciembre del 1961. La universidad de Santo Domingo, pasa a llamarse Universidad Autónoma de Santo Domingo e inicia un proceso de transformaciones políticas y educativas que la llevan en algunos momentos a situaciones de enfrentamientos políticos y de alteraciones del orden docente. La caída del régimen de Trujillo abre las puertas a la formación de centros de educación privados. En 1962 surge en Santiago al Universidad Católica Madre y Maestra como una iniciativa del Episcopado Dominicano y empresarios de Santiago. También en Santo Domingo y en ese mismo tenor, los empresarios de la capital constituyen la Asociación Pro Educación y Cultura, (APEC). En 1966 luego de la guerra civil y los movimientos políticos en la UASD, un grupo de Profesores forman la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. En 1971 inicia sus actividades la Universidad Central del Este (UCE), en San Pedro de Macorís. La siguiente Universidad en ofrecer la carrera de Medicina fue el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC). En el 1976 ofrecía la Carrera de Medicina la Universidad Tecnológica de Santiago (UTESA). En 1978 la Universidad Católica Nordestana (UCNE) en San Francisco de Macorís. La Universidad Iberoamericana (UNIBE) inicia la carrera de Medicina en el 1983. En ese mismo año ofrece la Carrera de Medicina la Universidad Católica Tecnológica del Cibao (UCATECI).

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 (Presidente)

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)

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



