

EDITORIAL

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

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

FILOSOFÍA MÉDICA
Dr. Luis Ortiz Hadad

CARTAS AL EDITOR

Jefrey Lizardo
Presidente CNB Período 2019-2021

SECCIÓN HISTÓRICA

EL CONGRESO MÉDICO DEL CENTENARIO
Dr. Herbert Stern

DE ACTUALIDAD

MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: ENCONTRANDO SIGNIFICADO A LA VIGILANCIA ACTIVA
Batista, S, Ureña, B, Espaillat , M, Rodríguez, J

CONSENSO DE LIMA:
Gerencia del Departamento de Emergencias: Dominios Educacionales y Competencias
Dr. Amado Alejandro Baez (Rep Dom/ EEUU)
(Líder de grupo)
Dr. Abel Garcia (Perú)
Dr. Luis Vargas (ALACED/Colombia)
Dr. Diego Grajales (Venezuela)
Dr. Maribel Juscamayta (SPMED Perú)

ENFERMEDADES EMERGENTES: EL NCOV 2019

En los últimos años hemos sido testigos de la presencia de nuevas enfermedades infecciosas que han producido alarmas epidemiológicas globales, que trascienden sus respectivos países de origen. Tales han sido, entre otros, los casos de VIH, en los años 80 del pasado siglo, y en la presente centuria: SARS en 2003, MERS en 2012 y en la actualidad el brote de una especie mutante de Coronavirus etiquetada como 2019 nCoV, cuyo epicentro ha sido la ciudad de Wuhan en China, y que en pocas semanas ha cobrado la vida de varios cientos de personas e infectado a miles, diseminándose por diferentes países y continentes.

Sin dudas, el surgimiento de estas nuevas enfermedades y brotes es un fenómeno multifactorial y refleja el desequilibrio existente entre la salud humana, la salud animal y el medioambiente. Y, de la misma manera, saca a relucir las grandes desigualdades sociales, económicas y políticas del mundo de hoy.

La falta de controles sanitarios, de políticas públicas y la degradación del medioambiente son factores que propician o predisponen a esta situación. Por otra parte, las redes sociales, instrumento valioso y rápido de comunicación, se ven llenas de informaciones de diferente nivel de credibilidad, neutralizando en ocasiones el efecto positivo del contenido que recibimos por esa vía.

Ciertamente, el momento es oportuno para que instituciones como la Academia Dominicana de Medicina, cumpla su rol de orientación a la ciudadanía, junto a las demás instituciones que

tienen la obligación de ofrecer información clara y veraz. Cumple igualmente hacer recomendaciones para prevenir y/o mitigar, en caso necesario, el impacto de amenazas de trascendencia mundial, como es la aparición de esta nueva cepa de coronavirus denominada nCoV 2019.

Hay que recalcar, aunque parezca una simpleza, la necesidad de rescatar las medidas de higiene que conocemos, pero que no aplicamos pese a su valor preventivo, por ejemplo: el lavado correcto de las manos con agua y jabón o en su defecto con gel contenido alcohol; limitando el contacto directo (mano a mano; abrazos...); cubrir nuestra boca y nariz a la hora de estornudar o toser (usando un pañuelo o protegiéndonos con la manga de la camisa que llevamos). Estas medidas, que recordamos brevemente, son necesarias para esta y en toda ocasión y pueden reducir la transmisión de muchas enfermedades que nos afectan periódicamente, como la gripe y las infecciones nosocomiales, entre otras.

Es el momento, asimismo, de buscar soluciones y dar respuestas comunes entre el Estado y los ciudadanos para enfrentar esta y otras amenazas contra la salud humana que puedan diseminarse sobre nuestro planeta y más específicamente sobre nuestro país.

Dr. Marcos A. Nuñez C.

Presidente Academia Dominicana de Medicina

CARTAS AL EDITOR

Señora
Dra. Togarma Rodríguez
Directora Consejo Editorial
Archivos Médicos Dominicanos (AMED)
Sus Manos.

Estimada Dra. Rodríguez:

Reciba un cordial saludo de parte de la Junta Directiva de la Comisión Nacional de Bioética (CNB), al tiempo que la felicitamos por su labor al frente de la revista académica-científica Archivos Médicos Dominicanos (AMED) de la Academia Dominicana de la Medicina.

Para la Comisión Nacional de Bioética (CNB) la presencia activa de la revista AMED en el ámbito científico y académico a nivel nacional, brinda una gran oportunidad para debatir, analizar y avanzar en la construcción de consensos y el posicionamiento de propuestas de políticas públicas de interés nacional, y la construcción de ciudadanía en un mundo cada vez más plural y diverso en el marco del respeto a la dignidad humana. Los temas de carácter bioéticos son un claro ejemplo en tal sentido.

La Comisión Nacional de Bioética (CNB) como una entidad con más de 25 años de trabajo continuo, promueve la investigación y la divulgación de los trabajos de reflexión que abordan los conflictos éticos o dilemas morales presentes en el día a día, no solo en el quehacer de la medicina, sino también en la vida diaria.

Para promover la reflexión bioética en el país la Comisión Nacional de Bioética (CNB) ha estado organizando un conjunto de actividades en la que se destacan las mesas de reflexión bioética como espacio de reflexión y debate de los temas de actualidad en el área de la bioética. Adicionalmente, en octubre de este año se celebrará el IV Congreso Nacional de Bioética en la que contaremos con el apoyo de bioeticistas de la región de América Latina y el Caribe.

No queremos terminar sin mencionar nuestra satisfacción y reconocimiento a la revista AMED porque le ha dedicado amplios espacios para la difusión de trabajos de investigación relacionados a la bioética a nivel nacional.

Reciba un atento saludo de nuestra parte, por la Junta Directiva Nacional.

Jefrey Lizardo
Presidente CNB Período 2019-2021

MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES: ENCONTRANDO SIGNIFICADO A LA VIGILANCIA ACTIVA

Autores:

Batista, S, Cirujano General/cirugía Endocrina
Ureña, B, Médico General
Espaillat , M, Médico General

Rodríguez, J, Epidemióloga

CEDIMAT, Santo Domingo, Distrito Nacional, República Dominicana

RESUMEN

La enfermedad nodular tiroidea constituye un problema de salud frecuente. La importancia clínica del estudio de los nódulos tiroideos radica en la necesidad de diferenciar aquellos nódulos benignos, del cáncer tiroideo que ocurre en 7-15 % de los casos diagnosticados con nódulos de tiroides.

La realización de evaluaciones con ultrasonidos de alta resolución ha llevado a un incremento significativo en el diagnóstico de nódulos con un rango de 19-68% incluyendo nódulos subcentimétricos que corresponden a microcarcinomas papilares.

Las guías de la American Thyroid Association , desarrollan una escala de estratificación de riesgo que no solo representa un excelente predictor de enfermedad persistente sino también de supervivencia.

El incremento en el diagnóstico de carcinomas diferenciados de tiroides indolentes, de 1 cms o menos en su diámetro mayor, confinados al tiroides y rodeados de parénquima tiroideo normal pueden ser seguidos con Vigilancia activa (VA). Las condiciones y características de nuestro entorno dificultan la vigilancia activa lo cual no resta importancia y efectividad a esta alternativa de seguimiento con ultrasonidos seriados en lugar de cirugía inmediata.

INTRODUCCIÓN

Se ha identificado una incidencia creciente de cáncer de tiroides en las últimas décadas, principalmente debido al diagnóstico de carcinomas papilares pequeños¹. Dado que la mortalidad asociada con estos tumores se mantiene baja y estable, la creciente incidencia ha generado preocupaciones en relación al sobrediagnóstico y el sobretratamiento². El Cáncer Papilar de Tiroides (CPT) que mide ≤ 1 cm se conoce como Microcarcinoma Papilar de Tiroides (MCPT)³. Esta definición no depende de la presencia o ausencia de características de alto riesgo como ganglios linfáticos y / o metástasis a distancia o extensión extratiroidea significativa⁴. La implementación de modalidades de diagnóstico precisas para monitorear los cambios en el estado de una enfermedad sin medidas terapéuticas inmediatas hasta que la progresión de la enfermedad sea evidente, se conoce como Vigilancia Activa (VA)⁵. La ecografía de cuello en serie es el método de elección para VA de MCPT⁵. La VA en el MCPT de bajo riesgo (ausencia de características de alto riesgo) fue adoptada por las guías de la Sociedad Americana de Tiroides desde 2015⁶. En nuestro centro, todos los PTMC diagnosticados, tanto preoperatoriamente como los hallazgos incidentales, se someten a cirugía. Las características sociales, económicas y culturales de algunos países latinoamericanos limitan la práctica de la VA.

DE ACTUALIDAD

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y retrospectivo de 867 pacientes sometidos a tiroidectomía total entre 2012 y 2017, en CEDIMAT, República Dominicana. De ellos, 205 (23.4%) fueron diagnosticados como Cáncer de Tiroides Diferenciado (CTD), de los cuales 82 (40%) fueron confirmados como MCPT. Para fines de estudio, este grupo se subclasificó en ≥ 5 mm y <5 mms.

Los criterios de inclusión para determinar la población de estudio incluyeron: aquellos pacientes que se sometieron a cirugía por enfermedad preoperatoria benigna y el hallazgo de MCPT fue incidental, y aquellos con un diagnóstico preoperatorio de MCPT. Los criterios de exclusión incluyeron a aquellos pacientes con diagnóstico preoperatorio de enfermedad maligna (excluyendo MCPT), en los cuales el MCPT fue un hallazgo incidental.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En nuestro centro, el 9,4% de las tiroidectomías correspondieron a MCPT, que es similar a lo informado previamente en la literatura internacional (9% son MCPT)¹. Otros estudios recientes han demostrado que las MCPT son los cánceres de tiroides diagnosticados con mayor frecuencia en adultos sanos mayores de 45 años⁷. Estos números se correlacionan con nuestros hallazgos que muestran que el 40% de las enfermedades malignas de la tiroides eran MCPT. Incluso cuando una parte de ellos fueron hallazgos incidentales posquirúrgicos, surge la pregunta de si la cirugía debería ser el tratamiento en todos los casos. Deben tenerse en cuenta las características de los nódulos para determinar si tiene un riesgo bajo, intermedio o alto, y luego establecer si la VA es el plan de acción ideal, apropiado o inapropiado (ver Tabla 1)⁸.

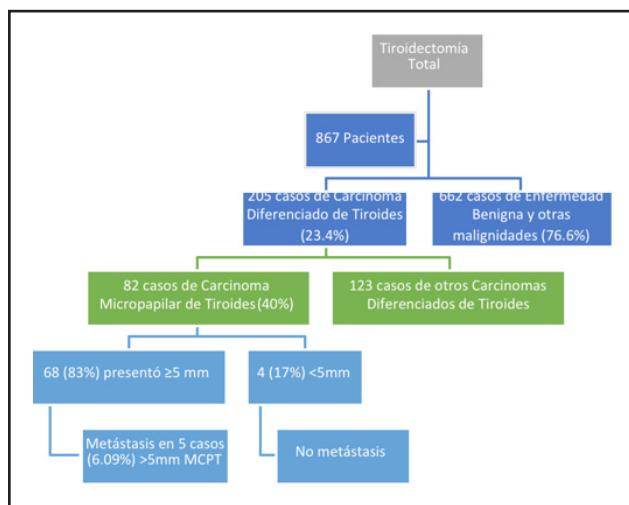


Gráfico 1

Ciertos factores definen el MCPT de alto riesgo, incluyendo metástasis linfáticas del cuello, sexo masculino, edad <45 años, invasión extra-tiroidea, cáncer tiroideo bilateral, multifocalidad, mutación BRAF positiva y mutación hTERT positiva². Varias series han demostrado la importancia de identificar mutaciones en BRAF e hTERT para la caracterización de MCPT en riesgo bajo o alto y tomar una decisión sobre cuál es el manejo apropiado de esta patología⁹. En nuestro país, estos estudios no están disponibles y deben enviarse al extranjero para ser realizados y el costo es extremadamente alto, superando las posibilidades económicas de la población general. Esto disminuye la cantidad de herramientas disponibles para determinar con certeza si se requiere tratamiento quirúrgico o no. Además, el procedimiento quirúrgico en sí es menos costoso que realizar el panel genómico, lo que contribuye a aumentar la práctica de tiroidectomías. Es importante enfatizar que la mayoría de nuestros pacientes no tienen acceso a hospitales con equipos y especialistas adecuados, por lo que deben viajar grandes distancias para recibir atención, esto puede ser un factor influyente que aumenta la deserción al seguimiento y restringe la VA.

Tabla 1: Un enfoque estratificado por riesgo para la toma de decisiones para el microcarcinoma papilar probable o comprobado

Candidato para observación	Ideal	Apropiado	Inapropiado
Características tumorales	<ul style="list-style-type: none"> -Nódulo tiroideo solitario -Márgenes bien definidos -Rodeado por al menos 2 mm de parénquima tiroideo normal -No hay evidencia de extensión extratiroidea -Ecografía anterior documentando estabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> -MCPT multifocales -Ubicaciones subcapsulares o adyacentes a NLR sin evidencia de extensión extratiroidea -Márgenes definidos -Resultados de ecografía de fondo que evidencian posibles dificultades para seguimiento -MCPT FDG-ávido 	<ul style="list-style-type: none"> -Evidencia de citología agresiva en PAAF -Ubicaciones subcapsulares o adyacentes a NLR -Evidencia de extensión extratiroidea -Evidencia clínica de invasión de NLR o tráquea -N1 en la evaluación inicial o identificada durante el seguimiento -M1enfermedad -Aumento documentado en tamaño de 3 mm o más en un CPT confirmado
Características del paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes mayores (al menos 60 años) -Dispuesto a aceptar un enfoque de vigilancia activa -Comprender que la intervención quirúrgica puede ser necesaria en el futuro -Se espera que cumpla con los planes de seguimiento -Soporte de personas alrededor -Comorbilidades que amenazan la vida 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes de mediana edad (18-59 años) -Fuerte historia familiar de CPT -Potencial de procrear 	<ul style="list-style-type: none"> -Pacientes jóvenes (menores de 18 años) -Poco probable que cumpla con los planes de seguimiento -No está dispuesto a aceptar un enfoque de observación

DE ACTUALIDAD

Características del equipo médico	<ul style="list-style-type: none"> -Experimentado equipo de gestión multidisciplinar - Ultrasonido de cuello de alta calidad -Recopilación prospectiva de datos -Programa de rastreo/recordatorio para garantizar un seguimiento adecuado 	<ul style="list-style-type: none"> - Endocrinólogo experimentado o cirujano de tiroides. -Ultrasonografía de cuello disponible de forma rutinaria 	<ul style="list-style-type: none"> -Ultrasonografía de cuello confiable no disponible -Poca experiencia con el manejo del cáncer de tiroides
--	---	---	--

MCPT, microcarcinoma papilar de tiroides; NLR, nervio laríngeo recurrente; FDG, fluorodesoxiglucosa; PAAF, aspiración con aguja fina; CPT, carcinoma papilar de tiroides.

Extraido de: Kim T, Shong Y. Active Surveillance of Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Mini-Review from Korea. *Endocrinology and Metabolism*. 2017;32(4):399-406; Brito J, Ito Y, Miyauchi A, Tuttle R. A Clinical Framework to Facilitate Risk Stratification When Considering an Active Surveillance Alternative to Immediate Biopsy and Surgery in Papillary Microcarcinoma. *Thyroid*. 2016;26(1):144-149.

Es poco probable que los pacientes en nuestro país cumplan con los planes de seguimiento y que en su mayoría no estén dispuestos a aceptar la observación como manejo en el diagnóstico de cáncer, una enfermedad considerada en todas sus variantes catastrófica. En estas condiciones, según la tabla 1, estos pacientes serían inapropiados para seguir la estrategia de VA^{5,8}.

De los 82 MCPT, 68 (83%) presentaron ≥ 5 mm y 14 (17%) <5 mm, se informó metástasis en 5 pacientes (6,09%) con ≥ 5 mm. Estudios como el realizado por Lu Z et al mostraron que la diferencia entre los tamaños de tumor de ≤ 5 y > 5 mm (211/630 vs. 179/546, respectivamente) no alcanzó significación estadística ($P = 0.782$), lo que infiere que el tamaño del tumor no está asociado con metástasis en los ganglios linfáticos del cuello en MCPT⁹. Además, Bradley N, et al encontraron que las metástasis en los ganglios linfáticos estaban asociadas con MCPT tanto pequeños como grandes¹.

El diagnóstico de MCPT fue incidental en 4 pacientes operados por hiperparatiroidismo primario (HPTP), 3 de ellos (80%) con adenomas y 1 (20%) carcinoma paratiroideo. En las regiones donde el bocio es endémico, las enfermedades de la tiroides y el MCPT se asocian con HPTP a una tasa más alta en comparación con la población normal¹⁰.

CONCLUSIONES

- No todos los pacientes con MCPT son candidatos para la VA.
- Las características de la enfermedad, los aspectos sociales, culturales y económicos deben considerarse para la prescripción de VA.
- Todos los pacientes de esta serie realizaron cirugía como tratamiento de MCPT, lo que sugiere que en República Dominicana carecemos de las características ideales para la VA.
- En la República Dominicana, se necesitan más estudios para caracterizar el comportamiento biológico de MCPT en nuestra población y así establecer la aplicabilidad de la VA en este grupo.

REFERENCIAS

1. Bradley N, Wiseman S. Papillary thyroid microcarcinoma: the significance of high risk features. *BMC Cancer*. 2017;17(1).
2. Leboulleux S, Tuttle R, Pacini F, Schlumberger M. Papillary thyroid microcarcinoma: time to shift from surgery to active surveillance?. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2016;4(11):933-942.
3. Kovatch K, Hoban C, Shuman A. Thyroid cancer surgery guidelines in an era of de-escalation. *European Journal of Surgical Oncology*. 2018;44(3):297-306.
4. Ito Y, Miyauchi A, Oda H. Low-risk papillary microcarcinoma of the thyroid: A review of active surveillance trials. *European Journal of Surgical Oncology*. 2018;44(3):307-315.
5. Kim T, Shong Y. Active Surveillance of Papillary Thyroid Microcarcinoma: A Mini-Review from Korea. *Endocrinology and Metabolism*. 2017;32(4):399-406.
6. Haugen B, Alexander E, Bible K, Doherty G, Mandel S, Nikiforov Y et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133.
7. Hughes DT, Haymart MR, Miller BS, et al. The most commonly occurring papillary thyroid cancer in the United States is now a microcarcinoma in a patient older than 45 years. *Thyroid*. 2011;3:231-6.
8. Brito J, Ito Y, Miyauchi A, Tuttle R. A Clinical Framework to Facilitate Risk Stratification When Considering an Active Surveillance Alternative to Immediate Biopsy and Surgery in Papillary Microcarcinoma. *Thyroid*. 2016;26(1):144-14.
9. Lu Z, Zhang Y, Wei S, Li D, Zhu Q, Sun S et al. Outcome of papillary thyroid microcarcinoma: Study of 1,990 cases. *Molecular and Clinical Oncology*. 2015;3(3):672-676.
10. Kutluturk K, Otan E, Yagci M, Usta S, Aydin C, Unal B. Thyroid pathologies accompanying primary hyperparathyroidism: a high rate of papillary thyroid microcarcinoma.

DE ACTUALIDAD

CONSENSO DE LIMA Gerencia del Departamento de Emergencias: Dominios Educacionales y Competencias

Firmada en Lima Perú 6 de Dic 2019

Durante el CIMED 2019

Autores:

Dr. Amado Alejandro Baez (Rep Dom/ EEUU) (Líder de grupo)
Dr. Abel Garcia (Perú)
Dr. Luis Vargas (ALACED/Colombia)
Dr. Diego Grajales (Venezuela)
Dr. Maribel Juscamayta (SPMED Perú)

RESUMEN

La medicina de emergencia es una especialidad rápidamente desarrollándose en Latinoamérica (LATAM), con los primeros esfuerzos académicos organizados que comienzan a principios de la década de 1980s en México y Perú, como parte de estos esfuerzos se ha determinado que se necesitaban habilidades de gestión específicas del departamento de emergencias para el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencias. Los Departamentos de Emergencias (DE) son entornos complejos, a menudo caóticos, microsistemas que pueden desafiar incluso el mejor de los líderes. Los DE contribuyen a muchos aspectos importantes del hospital. Con una comprensión de principios relevantes la gerencia integral y principios de operaciones clínicas y administrativas, logra resultados positivos.

Programas de gerencia de emergencias deben necesariamente desarrollar habilidades de liderazgo y gestión que permitieran una planificación adecuada y la toma de decisiones relacionadas con las operaciones del departamento de emergencias.

ABSTRACT

Emergency medicine is a rapidly developing specialty in Latin America (LATAM), with the first organized academic efforts beginning in the early 1980s in Mexico and Peru, as part of these efforts it has been determined that specific management skills are needed for the emergency department to foster development and strengthening of emergency care systems. Emergency Departments (EDs) are complex environments, often chaotic microsystems that can challenge even the best of leaders. The ED contributes to many important aspects of hospital operations. With a needed understanding of relevant principles, integral management and principles of clinical and administrative operations achieve positive results.

Emergency Department management/administration programs must necessarily develop leadership and management skills that allow for proper planning and decision-making related to the operations of the ED.

INTRODUCCIÓN

Los Departamentos de Emergencias (DE) son entornos complejos, a menudo caóticos, microsistemas que pueden desafiar incluso el mejor de los líderes. Los DE contribuyen a muchos aspectos importantes del hospital, incluyendo satisfacción del paciente y del empleado, la seguridad del paciente, la reducción de riesgos, los resultados basados en evidencia e incluso la rentabilidad. Es imprescindible para los sistemas de salud, hospitales y equipos de atención médica elevar el nivel de atención al paciente, se desarrollen sistemas de atención centradas en el paciente, de alta calidad, y con excelentes resultados, propósito que debe comenzar desde la puerta de entrada de la institución y más aun en un servicio de Urgencias, que atiende porcentajes muy altos de la atención total de la mayoría de los hospitales y clínicas.

Con una comprensión de principios relevantes la gerencia integral y principios de operaciones clínicas y administrativas, nuestros desafíos pueden convertirse en oportunidades: aumentando la satisfacción del paciente, mejorando la seguridad del paciente y optimizando valor, eficiencia, mejora de la calidad, acortar duración de la estadía y aumentar la operación efectiva global en nuestros centros hospitalarios. La medicina de emergencia es una especialidad que rápidamente se desarrolla en Latinoamérica (LATAM), con los primeros esfuerzos académicos organizados que comienzan a principios de la década de 1980s en México y Perú, como parte de estos esfuerzos se ha determinado que se necesitaban habilidades de gestión específicas del departamento de emergencias para el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de atención de emergencias. En países como República Dominicana, fuerzas de cambio del sistema de salud incluyendo la implementación de la Reforma de Salud y nuevas leyes en el

2007, favorecieron la creación del Diplomado en Gerencia de Emergencias (DGEM), dirigido a clínicos y administradores. En Colombia hechos como la Ley 100 de 1993, genera una ampliación de la cobertura en salud en el país, sin precedentes pasando de un 40% de cobertura a cerca del 95% al día de hoy, esto se denomina cobertura universal, además hace obligatoria la Atención inicial de urgencias, hechos que sumados, benefician al paciente pero también generan un aumento geométrico en las consultas por urgencias, el cual no es equivalente al aumento de la infraestructura hospitalaria, lo cual hace aún más compleja la Gerencia y Liderazgo en los Servicios o Departamentos de Emergencias.

El departamento de emergencias es un entorno ocupado y caótico donde las vidas están en riesgo, donde retos gerenciales presentes en el trabajo del médico emergencia incluyen:

- Gestionar el riesgo de forma defendible y resolución de problemas que no sean de emergencia.
- Comunicación efectiva con los pacientes y miembros del personal ED y no ED
- Trabajo con equipos de admisión de manera profesional
- Supervisar constantemente el flujo departamental
- Manejo de tiempo
- Racionalizar el manejo de pacientes sin complicaciones
- Administrar de recursos y espacio y delegación efectiva
- Negociación de conflictos y comunicación en crisis
- Gerencia costo-efectiva

DE ACTUALIDAD

- Visión global de operaciones hospitalarias
- Gestión de la calidad continua y seguridad del paciente
- Satisfacción de usuario
- Educación continua
- Inferencia en las políticas locales, y nacionales en la normatividad de atención de urgencias
- Relaciones contractuales con universidades y Empresas pagadoras de los servicios de salud

La Organización de los DE en los sistemas de salud ofrecen una ventaja sustancial de servicio y una ventaja competitiva.

El objetivo de programas de gerencia de emergencias deben necesariamente desarrollar habilidades de liderazgo y gestión que permitieran una planificación adecuada y la toma de decisiones relacionadas con las operaciones del departamento de emergencias.

Competencias Asociadas a la Gerencia en Sala de Emergencias

1. Manejo del flujo
2. Triage
3. Manejo de Sobrecupo
4. Principios de Gestión de la Calidad (PDCA, Lean, Six Sigma)
5. Seguridad del Paciente (peer review, RCA)
6. Gestión enfocada al paciente
7. Satisfacción del usuario
8. Planificación Estratégica
9. Gerencia Finanzas
10. Planes de Negocios
11. Gestión de Compras
12. Liderazgo y Teoría Organizacional
13. Gestión de horario y Staffing
14. Bienestar y Burnout

15. Diseño de Departamentos de emergencias
16. Gerencia hospitalaria en desastres
17. Gerencia del Departamento Académico
18. Gestión de las actividades de salud pública relacionadas con urgencias

EDUCACIÓN

Existe la necesidad de trabajar propuestas y soluciones para esquemas básicos de educación, para gerentes de emergencias, las mismas deben ser propuestas basada en competencias partiendo de los puntos desarrollados arriba. Un programa mínimo tipo Diplomado/ Certificado con 60-100 horas mínimas (vivo o blended / híbrido) debe ser considerado como estándar para la formación de gerentes competentes. Títulos avanzados de 3er nivel tipo posgrado y maestría, también deben integrar esas competencias mínimas descritas en este documento.

CONCLUSIONES

Las competencias básicas para gerentes de Departamento de Emergencias Incluyen seis (6) dominios fundamentales, uno opcional y diecisiete (17) competencias organizadas de la siguiente forma:

	DOMINIO	COMPETENCIA
1	Gerencia de Operaciones Clínicas	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del flujo • Triage • Sobrecupo
2	Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Principios de Gestión de la Calidad (PDCA, Lean, Six Sigma) • Seguridad del Paciente (peer review, RCA) • Gestión enfocada al paciente
3	Gerencia Operaciones Administrativas	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción del usuario • Planificación Estratégica • Planes de negocios • Gerencia Finanzas • Gestión de compras
4	Gestión del Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo y Teoría Organizacional • Gestión de horario y Staffing • Bienestar y Burnout
5	Diseño de Emergencias	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de Servicios de Emergencias • Diseño de Sistemas de Emergencias médicas
6	Gerencia Hospitalaria en Desastres	<ul style="list-style-type: none"> • Plan hospitalario de Desastres • Articulación con Planes y Estrategias regionales en atención de desastres o eventos con múltiples víctimas
7	Gerencia del Departamento Académico (dominio opcional)	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto educativo en caso de contar con residentes, internos, o estudiantes rotantes • Medicina de Emergencias internacional • Capacitación continua transversal del servicio • E-Learning institucional

REFERENCIAS

1. Arendt Kw, Sadosty At, Weaver Al, Brent Cr, Boie Et. *The Left-Without-Being-Seen Patients: What Would Keep Them From Leaving?*

2. Ann Emerg Med. 2003 Sep;42(3):317-23. Bursch B, Beezy J, Shaw R. *Emergency Department Satisfaction: What Matters Most?* Ann Emerg Med. 1993 Mar;22(3):586-91.

3. Hedges Jr, Trout A, Magnusson Ar. *Satisfied Patients Exiting The Emergency Department (Speed) Study.* Acad Emerg Med. 2002 Jan;9(1):15-21. 16. Sun Bc, Adams J, Orav Ej, Rucker Dw, Brennan Ta, Burstin Hr. *Determinants Of Patient Satisfaction And Willingness To Return With Emergency Care.* Ann Emerg Med. 2000 May;35(5):426-34.

4. Counselman Fl, Graffeo Ca, Hill Jt. *Patient Satisfaction With Physician Assistants (Pas) In An Ed Fast Track.* Am J Emerg Med. 2000 Oct;18(6):661-5.

DE ACTUALIDAD

5. Fernandes Cm, Daya Mr, Barry S, Palmer N. Emergency Department Patients Who Leave Without Seeing A Physician: The Toronto Hospital Experience. *Ann Emerg Med.* 1994 Dec;24(6):1092-6.
6. Patel Pb, Vinson Dr. Team Assignment System: Expediting Emergency Department Care. *Ann Emerg Med.* 2005 Dec;46(6):499-506. Epub 2005 Sep 1.
7. Chan Tc, Killeen Jp, Kelly D, Guss Da. Impact Of Rapid Entry And Accelerated Care At Triage On Reducing Emergency Department Patient Wait Times, Lengths Of Stay, And Rate Of Left Without Being Seen. *Ann Emerg Med.* 2005 Dec;46(6):491-7. Epub 2005 Aug 18.
8. Sprivulis Pc, Da Silva Ja, Jacobs Ig, Frazer Ar, Jelinek Ga. The Association Between Hospital Overcrowding And Mortality Among Patients Admitted Via Western Australian Emergency Departments. *Med J Aust.* 2006 Mar 6;184(5):208-12. Erratum In: *Med J Aust.* 2006 Jun 19;184(12):616.
9. Dong Sl, Bullard Mj, Meurer Dp, Blitz S, Akhmetshin E, Ohinmaa A, Holroyd Br, Rowe Bh. Predictive Validity Of A Computerized Emergency Triage Tool. *Acad Emerg Med.* 2007 Jan;14(1):16-21.
10. Schneider Sm, Gallery Me, Schafermeyer R, Zwemer Fl. Emergency Department Crowding: A Point In Time. *Ann Emerg Med.* 2003 Aug;42(2):167-72.
11. J Murray M. The Canadian Triage And Acuity Scale: A Canadian Perspective On Emergency Department Triage. *Emerg Med (Fremantle).* 2003 Feb;15(1):6-10.
12. Baez, A.A. et al. 156: Cost Effective Development of an Emergency Department Management Program in the Dominican Republic. *Annals of Emergency Medicine, Volume 51, Issue 4, 518*
15. Jensen K, Mayer T.A, Welch S.J, Haraden C. 2006. Defining Flow. *Leadership for Smooth Patient Flow, Chapter 1, Page 1 – 18.* Health Administration Press. <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical/economics/news/5waysimprove patientflow?page=full>
16. https://www.researchgate.net/figure/237760614_fig1_Figure1-ED-patientflowdiagramfor bothpediatricandsurgicalpatients https://iwp.human.cornell.edu/files/2013/09/CrowdingandProlongedWaitingTimeintheEmergencyDepartmentxz8l3a.pdf
17. http://www.health.org.uk/sites/default/files/ImprovingPatientFlow_fullversion.pdf Jensen, K. "Emergency Department Patient Flow: The Basics of Flow". © Kirk B. Jensen, MD, MBA, FACEP <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical/economics/news/5waysimprove patientflow?page=full>

medicaleconomics.modernmedicine.com/medical/economics/news/5waysimprove patientflow?page=full

18. Grunau, R. "Variation and Flow Conversation Email, 2016". <http://www.hpo.org/Reports/HPOE/variation2.2011.pdf> <http://digitalcommons.wku.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2554&context=theses>
19. Jensen, K. "Key Strategies for Improving Hospital Flow". *Best Practices.* <http://www.ahrq.gov/research/findings/finallyreports/ptflow/section1.html>
20. Diercks DB, Roe MT, Chen AY, et al. Prolonged emergency department stays of non-STEMI segment-elevation myocardial infarction patients are associated with worse adherence to the American College of Cardiology/American Heart Association guidelines for management and increased adverse events. *Ann Emerg Med* 2007; 50(5):489-496.
21. Fee C, Weber EJ, Maak CA, Bacchetti P. Effect of emergency department crowding on time to antibiotics in patients admitted with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med* 2007; 50(5):501-509.e1.
22. Schull MJ, Vermeulen M, Slaughter, G, et al. Emergency department crowding and thrombolysis delays in acute myocardial infarction. *Ann Emerg Med* 2004; 44(6):577-585.
23. Niska RW, Bhulya F, Xu J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department Summary. *National Health Statistics Reports, No. 7.*
24. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2010. McConnell KJ, Richards CF, Daya M, et al. Ambulance diversion and lost hospital revenues. *Ann Emerg Med* 2006; 48(6):702-710.
25. Cracking the Code to Hospital-wide Patient Flow. Denver, CO: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Jensen K, Mayer T.A. 2015. "The Patient Flow Advantage". Why Flow Matters, Chapter 1, Page 7. Fire Starter Publishing. https://wakespace.lib.wfu.edu/bitstream/handle/10339/38562/Brassard_wfu_0248M_10429.pdf
26. Agrawal, S. Emergency Department Crowding: An Ethical Perspective. *Academic Emergency Medicine.* 2007. 14;8:750-751 Institute of Medicine, Committee on the Future of Emergency Care in the United States Heath System.
27. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Washington, DC: National Academy Press; 2006
28. Hwang, U., Weber, EJ., Richardson, LD., Sweet, V., Todd, K., Abraham, G., Ankel, F. A Research Agenda to Assure Equity During Periods of Emergency Department Crowding. *Academic Emergency Medicine.* 2011; 18:1318-1323 McHugh, M. "The Consequences of Emergency Department Crowding and Delays for Patients". 2013. Page 118, Chapter 5.
29. Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery. Second Edition. <http://www.ahrq.gov/research/findings/finallyreports/ptflow/section2.html>

FILOSOFÍA MÉDICA

Autor:

Dr. Luis Ortiz Hadad

Pasado Presidente ADM

Estuvimos definiendo lo que es la Filosofía de la Medicina. Decíamos que la clave de la filosofía es el pensar, y es lo que haremos. Ya tuvimos teorías filosóficas en los estudios de la escuela secundaria y en los comienzos de nuestros estudios de grado. Ahora sin más, vamos a filosofar. Y lo haremos de forma coloquial, buscando emular la cálida sencillez de los diálogos de Platón.

Comenzamos hablando del ser humano porque es el elemento central y básico de nuestra ciencia. Vamos a analizar qué es el Hombre, considerando que no puede haber un mejor punto de partida para dirigir nuestro análisis.

De forma breve podríamos decir que somos animales racionales y bípedos, de la clase de los mamíferos, del orden de los primates, del género homo y de la especie Homo sapiens. De manera adicional, conviene agregar que el hombre es un animal gregario, lo que lo determina constantemente a nivel conductual.

El organismo unicelular, contiene el equivalente de casi cualquiera de nuestros órganos. Por ende, tiene la capacidad de desplazarse, de buscar el alimento, reaccionar a los estímulos ambientales, reproducirse, etc. (ejemplo: una ameba). Nuestras células al asociarse, han sacrificado sus individualidades, se han sometido a una alta especialización, que les ha permitido una mayor eficacia suprimiendo múltiples funciones. Gran similitud con una sociedad moderna, en que un médico tiene altos niveles de conocimientos en el área de la salud, pero seguramente no sabe fabricar una computadora, no tiene idea de qué es realmente la electricidad y en algunos casos, ni siquiera sabrá cocinar o confeccionar

sus ropa. Pero el integrarse a la economía, le permite aumentar su nivel de especialización, con la confianza de que “otros” o el “sistema”, le garantizarán todo lo demás que le pueda faltar. Aunque parece coincidencia que lo que acabamos de señalar, se asemeje grandemente al Estado de cualquier nación civilizada, no tiene nada de casual. Y si recordáramos mejor esta similitud, entenderíamos mejor a las patologías que afectan a nuestro organismo.

Las células sensoriales, se encargan de mantener al cuerpo entero informado de las circunstancias relevantes de su medio ambiente, y las motoras, en combinación bastante compleja, le permiten reaccionar o interactuar con dichos estímulos. ¿Para qué tenemos los aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio? Principalmente para obtener los elementos que mediante la combustión gracias al oxígeno, nos permitan generar la energía (por ejemplo el ATP) que posibiliten que nuestras células se mantengan activas (vivas). Recordar la fría temperatura del cadáver. Los filósofos antiguos, hablaban de los cuatro elementos en el cuerpo humano: tierra, agua, aire y fuego. Los tres primeros son los más evidentes y el fuego está presente de manera especial, cuando utilizamos el oxígeno en la generación de nuestras energías, al “quemar” nuestras reservas. Nada nos impide pensar, de tal manera que, podamos suponer que si todas nuestras células llegaran a desarrollar la capacidad de tomar la energía directamente del medio ambiente (por ejemplo la solar), no necesitaríamos tener tantos órganos en nuestras cavidades torácicas o abdominales.

FILOSOFÍA DE LA MEDICINA

Estamos hablando del ser humano y como suele suceder con los médicos, estamos pensando que “nuestros pacientes” son seres humanos. Pero solemos olvidar que los médicos también somos seres humanos. El ser humano tiene un gran potencial y una capacidad tremenda de adaptación y desarrollo. Actualmente presentamos un cierto estancamiento, porque ya no tenemos que esforzarnos demasiado para alimentarnos, tenemos muy pocos depredadores y nuestro principal reto, es ser aceptados favorablemente por los demás miembros de nuestra especie (lo que puede ser fácil, si se está dispuesto a adaptarse a los clichés, patrones o tendencias sociales de moda).

Hoy en día, tenemos más enfermos que nunca, pero logramos que vivan por tiempos muy prolongados. Pese a todos nuestros conocimientos, tecnología y recursos, las personas totalmente “sanas”, son una rareza. Y parte de nuestro trabajo, consiste en aumentar el miedo en la población, frente a las patologías que personalmente manejamos.

En nuestro planeta, si hay algo que nos ha permitido ser la especie dominante, es nuestra capacidad de pensar y la habilidad para comunicarnos e integrarnos para formar sociedades civilizadas.

Pero en la evolución, todo tiene un costo, nuestro desarrollo cerebral no fue la excepción, como presenta Noah Yuval Harari en su best-seller: *Sapiens. De animales a dioses*. Teniendo el cerebro alrededor de un 2% de nuestro peso corporal, consume cerca de la quinta parte de nuestras calorías y oxígeno. Nos vemos obligados a nacer inmaduros para poder atravesar el canal del parto, “con dolor” de la madre y completar nuestro desarrollo cerebral fuera del útero. Con el altísimo costo evolutivo, de hacernos totalmente dependientes en nuestros primeros años de vida.

No somos los animales más grandes, los más rápidos, los más fuertes, ni los más resistentes, ni siquiera tenemos el cerebro más grande (ya sea de forma absoluta o proporcional). Pero nuestra capacidad racional, nos ha permitido ser favorecidos por la selección natural de la implacable evolución. Definitivamente, nuestro recurso más importante es nuestra mente. Y si aceptamos que la mayoría de las patologías que tratamos tienen un evidente componente psicosomático, justifica el hecho de que en nuestro próximo tema, nos enfoquemos en la mente humana. El mejor instrumento que haya tenido jamás la medicina.

El Congreso Médico del Centenario

Autor:

Dr. Herbert Stern

Maestro de la Medicina Dominicana

En 1944, y con motivo del centenario de la República se organizó un congreso médico, el cuarto en organizarse en el país. En el 1943, una comisión oficial, dirigida por el entonces Secretario de Salud Pública, Dr. Darío Contreras, decidió que el Congreso se efectuaría en febrero 24 del 1944. El Comité organizador quedó formado por el Dr. Heriberto Valdez, Presidente, el Dr. Manuel Grullón, primer vicepresidente, el Dr. Hector Read, segundo vicepresidente, el Dr. Fernando Batlle, secretario, el Dr. Luis F. Thomen, tesorero y los Dres. Félix Goico, Mario Ravelo y Manuel Pimentel Imbert, vocales. Quedaron designados asesores, los Dres. Darío Contreras, Fabio Mota, Elpidio Ricart, Manuel Robiou, Manuel Pastoriza, Juan Moscoso, Fernando Defilló, Manuel Perdomo, Parmenio Troncoso y Nelson Estruch. En esos médico se reflejaba la calidad de los profesionales de esa época. Luego de la convocatoria mediante decreto en julio del 1943, la comisión se reunió en agosto, noviembre y diciembre del 1943 y en enero y febrero del 1944. Las sesiones se realizaron en la Universidad de Santo Domingo y en el Ateneo Dominicano.

Uno de los logros más relevantes de ese congreso fue la elaboración del Directorio Médico Dominicano, que consiguió 224 biografías de los médicos en ejercicio en ese momento, y fue editado por el Dr. Luis F. Thomen. Otro aspecto destacable fue la propuesta para invitar y honrar a las misiones extranjeras que acudieron a asistir a nuestro país tras el ciclón de San Zenón. Se realizó una exposición comercial en los salones de Santo Domingo Motors, en la calle Seibo de la ciudad de Santo Domingo, y se realizaron dos actividades sociales, una en el hotel Jaragua, el

día 25 de febrero y otra en El Casino de Guiba el día 26.

Se presentaron a ese congreso 79 trabajos, divididos en secciones, la primera, denominada Trabajos de los Relatores Oficiales, con los trabajos del Dr. Rafael Vasquez, sobre la cirugía en la región septentrional, del Dr. Antonio Elmudesi, sobre la cirugía en la región meridional y del Dr. Estruch sobre la cirugía en la región oriental. El Dr. Elpidio Ricart, presentó un extenso trabajo sobre la Sanidad en Santo Domingo y el Dr. Cohen sobre la obstetricia en Santo Domingo. El Dr. Guido Despradel presentó un trabajo sobre los hospitales de sangre y los médicos héroes de nuestra luchas de independencia. Por último en esa sección el Dr. Jacinto Mañón habló sobre los accidentes de trabajo en la República Dominicana. La segunda sección, denominada Trabajos de Medicina, presentaba los siguientes trabajos: Insuficiencias coronarias por el Dr. José Polanco; Ptiriasis versicolor por el Dr. Manuel F. Pimentel I.; El bocio simple, endemia nacional, por el Dr. Héctor Purcell; El bocio endémico en la zona montañosa de Jarabacoa. Su tratamiento médico, por el Dr. Antonio de León; Algunas observaciones sobre el tétanos, por el Dr. Luis Napoleón Beras. El Dr. Armando Ortiz, uno de los precursores de nuestra psiquiatría presentó los trabajos: un caso de esquizofrenia, Colonia psiquiátrica y Nuestra experiencia y el tratamiento de la esquizofrenia con la insulina y el metrazol. En ese mismo orden el Dr. Heriberto Pieter presentó un trabajo sobre El complejo de vitamina B en la psiquiatría del médico práctico. El Dr. Santiago Castro, presentó el tema Contribución al estudio de la eosinofilia masiva en Santo Domingo. El Dr. Jesús de la Huerga,

SECCIÓN HISTÓRICA

presentó el interesante tema El hemograma rojo normal en República Dominicana. Los Dres. Carlos y Antonio Rojas B. presentaron un trabajo sobre el manejo del mal asmático por el abceso de fijación.

Completando la sección de Trabajos de Medicina, un trabajo del Dr. Philipe Guitau sobre El peligro de los purgantes en las fiebres intestinales y un trabajo del Dr. Miguel Ortega sobre las Sulfamidas en las enfermedades venéreas. Debemos resaltar también el trabajo del Dr. Viriato Fiallo, sobre la medicina industrial en la República Dominicana. Como vemos en ese congreso se presentaron por primera vez temas de medicina del trabajo.

La siguiente sección del congreso fue la de los Trabajos de Cirugía. El Dr. José Sobá, presentó un trabajo sobre los avances de la técnica radiográfica. El Dr. Abel González Q. Primero de una larga de médicos en nuestro país, presentó un tema titulado: Comentarios sobre un caso insólito de eventración postoperatoria y sobre tratamiento de estas lesiones en general. El Dr. Darío Contreras presentó el trabajo Dos casos de colecistitis; el Dr. Juan Mella presentó El síndrome abdominal en el paludismo; el Dr. Luis Caminero Estudio clínico de las rupturas traumáticas del hígado. El Dr. José Varona, presentó el tema Dificultades diagnósticas en la calculosis de la glandula submaxilar y el conducto de Wharton. El Dr. José Penzo presentó un interesante trabajo sobre las Complicaciones quirúrgicas de las enfermedades tropicales. El Dr. Francisco Moscoso Puello presentó dos trabajos: Un falso Neurinoma y Cálculo Gigante de la Vejiga. Sobre el Embarazo Ectópico presentó un trabajo el Dr. Julio Espaillat y sobre Labio Leporino el Dr. Marcial Martínez. La única doctora expositora fue la Dra. Consuelo Bernardino, quien junto al Dr. Alberto Paiewonsky presentó el trabajo El tratamiento del mioma uterino por la Roentgenoterapia. El Dr. Lorenzo Pellerano presentó un tema sobre Hernias inguinales y el

Dr. Rafael Faxas sobre Uretrocele. La variedad de temas siguen con los trabajos del Dr. Plácido Acevedo sobre Hidrocele, el Dr. Gustavo Díaz sobre Gangrenas, el Dr. Pablo Johnson sobre Úlcera Fagedenica, y sobre Úlcera Tropical, ambos trabajos de los Dres. Salvador Mota y Herminio Olivares.

La sección denominada Trabajos de Patología, traía temas diversos e interesantes como El Glioma de la Retina por el Dr. Mario Ravelo, la Enfermedad de Hodgkin por el Dr. Enrique Lithgow y Cromoblastomicosis por nuestro querido profesor el Dr. Manuel Pimentel Imbert. Seguía la sección Trabajos de Epidemiología, en la que encontramos trabajos extremadamente interesantes como el Estudio de la herencia en la Lepra, por los Dres. Héctor Read y Guillermo Herrera. También un tema sobre La primera epidemia de Viruelas en el nuevo mundo del Dr. Elpidio Ricart. El Dr. Santiago Figueroa presentó Casos raros de Paludismo y el Dr. Jose de Pool sobre Una profilaxis sencilla pero eficaz para el paludismo. El Dr. Fausto Sicard, presentó un trabajo sobre Uncinariasis y el Dr. Eduardo Dinzey sobre El Pian. El Dr. Parmenio Troncoso presentó un trabajo sobre la Salud de los Escolares en la Era de Trujillo, y el Dr. Arístides Estrada sobre el Papel de los Médicos en la Postguerra.

Se dedicó una sección completa a los Trabajos de Tuberculosis, por considerarse un gran problema sanitario en la época. En esa sección presentaron trabajos los Dres. Vitorio Ortori, José Penzo, José Manuel Rodríguez, Miguel Hernández, Ramón Lovatón y Manuel Sánchez. Sin duda esos eran los principales galenos dedicados a esa enfermedad. La sección dedicada a los Trabajos de Obstetricia de un total de 8 trabajos, 5 fueron presentados por el Dr. Ramón Rafael Cohen, sin lugar a dudas el más importante de los obstetras de la primera mitad del siglo XX. También se presentaron trabajos de pediatría y una biografía que escribió el Dr. Mairení Cabral sobre el Dr. Luis E. Aybar.

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)

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 N°. 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.



DiarioSalud
WWW.DIARIOSALUD.DO

