

EDITORIAL

L. Ortiz Hadad
Presidente ADM

CARTAS AL EDITOR

A. Guzmán Marcelino
Ministra de Salud

DE ACTUALIDAD

**Tratamiento Quirúrgico Actual del
Cáncer de Mama Temprano**
R. E. Pérez Martínez.

**Situación de la Hepatitis C en
Latinoamérica**
F. Contreras, J. Villavicencio

Diagnóstico temprano de Leptospirosis
C. Escarfuller, J. M. Rodríguez Grullón y col.

Anafilaxia por insulina Detemir
E. García, P. M. Gamboa, Y. Izaguirre y col.

CASOS CLÍNICOS

**Pentalogía de Cantrell:
A propósito de un caso.**
R. Camejo, M. Jiménez-Requets y col.

**REFLEXIONES
BIOÉTICAS**

**Una reflexión sobre un caso de la
Pentalogía de Cantrell**
M. Suazo

**VARIACIONES ANATÓMICAS DE
INTERÉS CLÍNICO-QUIRÚRGICO**

**Anomalía anatómica en disección
axilar: Arco de Langer**
R. E. Pérez Martínez

IMÁGENES MÉDICAS

Mesenteritis esclerosante
L. Cardona

SECCIÓN HISTÓRICA

Los primeros hospitales en América
H. Stern

GESTIÓN CLÍNICA

Atención centrada en el paciente
P. Ramírez Slaibe.

La República Dominicana ha tenido verdaderos avances en el campo de la Medicina, al punto de que el nivel de la Medicina Dominicana, se mantiene en un proceso de actualización constante, lo que hace que en el país sea posible encontrar la mayor parte de capacitación, procedimientos, equipos y tecnologías necesarias para el sector salud; aunque definitivamente, en algunas ocasiones, no se encuentren al alcance de las mayorías de la población.

Sin embargo, en el terreno de la investigación científica y publicaciones, ha habido una producción tan escasa, que los miembros de la Academia Dominicana de Medicina lo han considerado como preocupante. Es por este motivo, que surge en la Academia, la idea de desarrollar una nueva publicación médico-científica, que estimule la investigación científica y pueda recoger los trabajos realizados, a fin de hacerlos conocer en todo nuestro país y el mundo.

AMED viene a dar respuesta a las inquietudes de numerosos médicos dominicanos, que solamente podían disponer de revistas extranjeras para actualizarse y para poder hacer las publicaciones de sus trabajos

Esta nueva revista, nace con las características de ser toda una institución nacional. Como sabemos, la Academia no es una institución privada, con fines de lucro, temporal o parcializada a determinados sectores de especialidades médicas. Los que hemos contribuido al desarrollo de AMED, estamos conscientes que este organismo pertenece realmente al Pueblo Dominicano y que llega para apoyar a todos sus médicos.

Nuestra revista se rige por los criterios de selección, acorde a los estándares aceptados por las revistas de prestigio reconocido a nivel internacional. Y llega al lector, tanto en formato

impreso como digital, esperando se constituya en una obligada referencia, trascendiendo nuestras fronteras nacionales.

Como actual presidente de la Academia Dominicana de Medicina, invito a todos nuestros académicos, profesores, médicos en general y estudiantes de ciencias de la salud, a apoyar esta iniciativa. Mantengamos el depurado nivel científico en nuestros trabajos, que sea fiel testimonio de la calidad que podemos encontrar en los profesionales de la salud de nuestro territorio y que nos sirva a la vez, de puente de contacto con los demás galenos que están expandiendo los horizontes de la Medicina a nivel mundial.

Aunque existe en la clase médica un convencimiento y una complacencia, en mantener la investigación y el conocimiento en la rutina desarrollada durante décadas, estamos plenamente convencidos de que la Humanidad espera una transformación sustancial, en la capacidad de respuesta que tenemos los médicos, a sus requerimientos de salud. Y en definitiva, se apuesta al incremento de la calidad de vida del individuo social, acorde con sus propias expectativas y realidades.

Sabemos que desde ahora, contamos con un instrumento, que se convertirá en una representación de las evidencias, que permitirán sustentar los avances de nuestra medicina, tanto a nivel nacional como internacional.

L. Ortiz Hadad

CARTAS AL EDITOR

EXCELENTE INICIATIVA

La aparición de una nueva publicación científica es siempre motivo de orgullo en toda sociedad, por el profundo significado que reviste. La creación del órgano oficial de difusión de la Academia Dominicana de la Medicina contribuirá a aumentar el acervo sanitario nacional.

Se trata de un nuevo medio para la comunidad científica de nuestro país, la cual, de manera evidente ha ido creciendo, conforme lo demuestra la existencia de nuestras diez Escuelas de Medicina, las cuales forman profesionales de la salud en todo el ámbito nacional.

La Academia Dominicana de Medicina, una institución que viene desarrollando su labor desde su fundación en el año 1971, inicia la publicación de su revista, lo que constituye un nuevo eslabón en la cadena de logros científicos alcanzados a través de sus conferencias, boletines y seminarios.

El Ministerio de Salud, como ente rector de la salud, se complace al saludar con el mayor entusiasmo esta nueva publicación que, de seguro, contribuirá al fortalecimiento del ejercicio de la medicina y del sistema de salud en la República Dominicana.

Dra. Altagracia Guzmán Marcelino
Ministra de Salud Pública

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ACTUAL DEL CÁNCER DE MAMA TEMPRANO

Autor:

Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez, Cirujano oncólogo.

Jefe del Servicio de Tumores Mamarios del Instituto de Oncología Dr. Heriberto Pieter

Presidente de la Sociedad Dominicana de Cirugía Oncológica

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en el sexo femenino en países desarrollados y subdesarrollados.

Se consideran etapas tempranas de la enfermedad estadio 0, estadio 1 y estadio 2.

Cada día la enfermedad se diagnostica más tempranamente por la educación, promoción de la salud y por los programas de cribado.

En los Estados Unidos más del 50% de los cánceres son carcinomas ductales in situ o invasivos T1a o T1b, es decir son lesiones subclínicas diagnosticadas por mamografía ⁽¹⁾. Los cánceres diagnosticados por mamografía solo el 20% tienen metástasis axilares. La mamografía ha disminuido en un 25-29 % la mortalidad por esta patología ⁽²⁾.

Además se ha demostrado que esta es una enfermedad heterogénea según el modelo biológico del espectro donde el 15% son mal diferenciadas desde el principio, 25% no dan metástasis y el 60% son del tipo progresivo, es decir se van indiferenciando según evoluciona o crece el tumor primario^(3,4). En este escenario está la mujer como ente social, con autonomía en la toma de decisiones sobre su enfermedad y el impacto sobre su imagen corporal.

Todos estos elementos hacen que el tratamiento quirúrgico conservador sea el "standard of care" en el manejo multidisciplinario de la enfermedad en etapa temprana.

El oncólogo quirúrgico actúa de forma loco-regional, en 2 elementos: la mama y la axila.

En la mama donde se localiza el tumor primario, actualmente se realizan resecciones quirúrgicas con márgenes menos amplios y actualmente el consenso entre la Sociedad Americana de Cirugía Oncológica y la Sociedad Americana de Radio-oncología definió como un margen negativo que el tumor no toque el tintado "no ink on any cancer cells" ⁽⁵⁾. Esto fue confirmado en St. Gallen/Viena 2017 ⁽⁶⁾.

Otro nuevo abordaje del tratamiento conservador del cáncer de mama es la cirugía oncoplastica conservadora donde se utilizan técnicas de cirugía plástica para extirpar el tumor, conservar la mama y remodelar el tejido mamario. Con estas técnicas se plantea un nuevo concepto en la cirugía del cáncer de mama, la cirugía se adapta para cada tipo de mama y para cada localización tumoral.

Las técnicas oncoplasticas dependerán de la localización del tumor y de la morfología de la mama, por tanto el tratamiento quirúrgico debe individualizarse ⁽⁷⁾.

La oncoplastia conservadora se ha ido sofisticando y se utilizan abordajes endoscópicos y la llamada cirugía sin cicatrices donde la cicatriz se oculta en surco submamario, pliegue axilar o el borde areolar.

La cirugía oncoplastica reconstructiva ya forma parte del manejo integral del cáncer de mama cuando la opción quirúrgica es la cirugía radical, y en el escenario de un cáncer en etapa temprana es una decisión del paciente o cuando existen contraindicaciones absolutas a la cirugía conservadora. El uso de prótesis,

DE ACTUALIDAD

expansores, colgajos pediculados o libres son alternativas reconstructivas cuando el procedimiento que se realiza es la mastectomía.

Recientemente se abre otro capítulo que es el abordaje con técnicas mínimamente invasivas, que también se le llama intervencionismo mamario con fines terapéuticos. El uso de ablación por radiofrecuencia mediante el calor que se genera por corrientes alternas de alta frecuencia, distribuida por medio de una sonda que se introduce dentro del tumor. Su uso en la mama fue descrito en el 1999 y se investiga su efectividad ^(8,9). Son técnicas prometedoras que necesitan ser válidas por estudios fase III que cumplan con todo el rigor y que comparen el tratamiento estándar en relación a recurrencia local, sobrevida libre de progresión y sobrevida global.

El manejo de la axila también ha cambiado y en la actualidad es selectivo, es decir no se realiza disección axilar de los niveles 1 y 2 de manera rutinaria y realizamos una biopsia de ganglio centinela en axilas clínicamente negativas, que nos informa del estado de los ganglios axilares.

Después del estudio Z0011 del Colegio Americano de Cirujanos, los pacientes con ganglios centinelas positivos, cirugía conservadora y tratamiento adyuvante con radioterapia, no se le realiza disección axilar sin detrimento en su sobrevida y recurrencia axilar ⁽¹⁰⁾.

Actualmente se realiza en el Instituto Europeo de Oncología el estudio SOUND (Sentinel Node vs Observation After Axillary Ultrasound) que trata de demostrar que hay un grupo de pacientes que no necesitarían la estadificación axilar con la biopsia de ganglio centinela sin afectar su sobrevida (tumores menores de 2 cm, axilas negativas y que se le realizara cirugía conservadora con radioterapia) ⁽¹¹⁾.

Como vemos el abordaje loco regional (mama y axila) en el manejo del cáncer de mama temprano puede estar llegando a su fin y es posible en poco tiempo se utilicen métodos de imágenes para evaluar o estadificar la axila.

En resumen el rol de la mujer en la sociedad del siglo XXI y su posicionamiento como ente social a obligado a un cambio de paradigma en el manejo del cáncer de mama donde el resultado estético acompañado de menos secuelas físicas, funcionales y psicológicas se han convertido en el gol estándar en el marco de un manejo multidisciplinario de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

¹ International Breast Cancer Consensus conference; Image detected breast cancer: State of the art diagnosis and treatment. *J Am Col I Surg* 193:297, 2001

² Cady B et al: The new era in breast cancer: Invasion, size, and nodal involvement dramatically decreasing as a result of mammographic screening. *Arch Surg* 131:301, 1996

³ Hellman S: Karnofsky memorial lecture: Natural history of small breast cancers, *J clin oncol* 12: 2229, 1994

⁴ Leritner SP et al: Predictors of recurrence for patients with small (1 cm or less) localized breast cancer (T1a, b N0M0), *Cancer* 76:2266, 1995.

⁵ *Int J Radiation Oncol Biol Phys*, Vol. 88, N0. 3, pp. 553-564, 2014

⁶ Gnant M, Harbeck N, Thomssen Christoph. St. Gallen/Vienna 2017: a brief Summary of the consensus discussion about escalation and de-escalation of primary breast cancer treatment. *Breast care* 2017; 12, 102-107

⁷ Acea B. Cirugía oncológica de la mama. Técnicas oncoplásticas y reconstructivas. Elsevier masson. España. 3era edición. 2013

⁸ Mirza AN, Formage BD, Sneige N, et al. Radiofrequency ablation of solid tumors. *Cancer J* 2001; 7(2):95-102

⁹ Izzo F, Thomas R, Delrio P, et al. Radiofrequency ablation in patients with primary breast carcinoma: a pilot study in 26 patients. *Cancer* 2001; 92(8):203-44

¹⁰ Giuliano AE, et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: The American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg* 2010; 252(3):426

¹¹ Gentilini O Veronesi U. Abandoning sentinel lymph node biopsy in early breast cancer? A new trial in progress at the European Institute of Oncology of Milan (SOUND: Sentinel Node vs Observation After Axillary Ultrasound) *The Breast* 2012, 21:678-81

SITUACIÓN DE LA HEPATITIS C EN LATINOAMÉRICA

Autores:

Dr. Dr. Fernando Contreras, FACP, FACG, AGAF, Profesor de Medicina, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Presidente De La Sociedad Latinoamericana Para El Estudio Del Hígado (ALEH)

Dra. Jaimy Villavicencio, Médico

INTRODUCCIÓN

Las hepatitis virales constituyen un reto para la salud pública mundial debido a que continúan siendo causa importante de morbi-mortalidad a nivel global. Por tal razón, cada vez más se reconoce como prioridad en el ámbito de la salud.

En el 2016, en la 69ava Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Miembros de la OMS adoptaron la primera 'Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas para 2016-2021'. Este tiene el ambicioso objetivo de eliminar las hepatitis virales para el 2030. Esta estrategia, junto con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han servido de guía para la adopción de medidas a nivel mundial con el fin de lograr este objetivo.

En las Américas, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aprobaron en el 2015 un 'Plan de acción para la prevención y el control de las hepatitis virales para el periodo 2016-2019'.

EPIDEMIOLOGÍA

En la Región de las Américas, unas 7.2 millones de personas sufren de infección crónica por el virus de la Hepatitis C (VHC). De este grupo, 4.1 millones residen en América Latina y el Caribe. La prevalencia de Hepatitis C crónica es del 0.73% en la población general de las Américas, y del 0.65% en América Latina y el Caribe.

En el 2016, se registraron 65,000 casos nuevos de Hepatitis C, la mitad de ellos en América Latina y el Caribe. El genotipo 1 es responsable

del 70% de las infecciones por el VHC en estas regiones. El subtipo 1a de este genotipo predomina en Estados Unidos, Canadá, República Dominicana y Perú. El subtipo 1b predomina en Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Argentina, México y Venezuela.

Grupos de Mayor Riesgo:

- a) Usuarios de drogas intravenosas
- b) Trabajadores de la Salud
- c) Receptores de transfusiones sanguíneas
- d) Personas encarceladas
- e) Portadores VIH
- f) Hombres que tienen sexo con hombres
- g) Trabajadores sexuales

CIRROSIS Y CARCINOMA HEPATOCELULAR

La cirrosis y el carcinoma hepatocelular constituyen las 2 complicaciones principales de la infección por VHC. En el 2015, alrededor de 1 millón de personas (en 14 países diferentes) padecían de cirrosis relacionada con el VHC, lo que significa un aumento de 32% respecto al 2010. Se produjeron alrededor de 88,100 muertes debido a cirrosis secundaria a infecciones por el VHB y el VHC, de las cuales un 85% eran atribuibles exclusivamente al VHC. Asimismo, el 60% de todos los casos a nivel mundial de carcinoma hepatocelular se atribuyen a las infecciones por el VHB o el VHC.

MORTALIDAD POR LA HEPATITIS C

En el año 2013, el VHB y el VHC representaron el 96% de todas las muertes relacionadas a hepatitis virales. En el mismo año se produjeron

DE ACTUALIDAD

125,700 defunciones por el VHC y el VHB en la Región de las Américas, 80% de las cuales son atribuidas a la hepatitis C (100,200 defunciones).

El número de muertes ha aumentado en un 134% desde el año 1990 y en un 8% desde el 2010. Es posible que estén subestimados tomando en cuenta el subregistro que se produce en los países de Latinoamérica y el Caribe de los casos diagnosticados y de las defunciones relacionadas al VHC en los sistemas de registro civil.

SITUACIÓN ACTUAL DE POLÍTICAS DE ATAQUE A LA HEPATITIS C

De 35 países, solo un 43% (15 países) informa disponer de estrategias o planes nacionales para la prevención, el tratamiento y el control de las hepatitis virales. Siete de 18 (39%) disponen de directrices para el tratamiento de la infección crónica por el VHC en consonancia con las recomendaciones de la OMS del 2014.

Diecinueve (19) países de la región han incorporado las hepatitis virales a sus programas nacionales, catorce (14) de ellos bajo la dirección de los organismos nacionales de lucha contra el VIH/SIDA.

VIGILANCIA DE HEPATITIS AGUDA Y CRÓNICA Y REGISTRO DE CÁNCER

La vigilancia de los casos de hepatitis agudas sirven de apoyo para detectar brotes, vigilar las tendencias de incidencia y determinar los factores de riesgo y los grupos en mayor riesgo.

La notificación ordinaria de los casos de hepatitis crónica puede suministrar información para apoyar la planificación de la prestación de los servicios.

- El 81% (26 de 32) de los países poseen sistemas de vigilancia que incluyen la notificación nacional de los casos de Hepatitis C aguda.

- Un 53% (17 de 32) cuenta con un sistema de notificación de casos para las infecciones crónicas por el VHC.

- El 71% (24 de 34) de los países disponen de registros de cáncer.

SEGURIDAD DE LA SANGRE

En el 2012 y 2013 se realizó un tamizaje de todas las unidades de sangre para la detección de VHB y VHC en América Latina (excepto en Bolivia, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú y Venezuela). Asimismo, los países del Caribe realizaron el mismo tamizaje durante esos mismos años (exceptuando en Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Dominica, Jamaica, Montserrat, República Dominicana y Saint Kitts y Nevis).

TRATAMIENTO

De los habitantes en la Región de las Américas que están infectados con el VHC, solo un pequeño porcentaje es diagnosticado y tratado adecuadamente. Se estima que la totalidad de personas identificadas con el VHC corresponden solamente a un 25% (14% en Latinoamérica y el Caribe). En el 2016 unas 301,000 personas recibieron tratamiento para la infección por el VHC (16% de la población diagnosticada en la Región de las Américas y 5% en América Latina y el Caribe).

En el 2015 solo 8 países habían notificado tener directrices para el diagnóstico y tratamiento de la Hepatitis C, armonizadas con las de la OMS.

MEDICAMENTOS

Las terapias disponibles para Hepatitis C varían según el país. Se ha construido una tabla con el fin de indicar cuáles medicamentos están disponibles según país, si cuentan con unas guías o directrices nacionales y si hay fondos públicos dirigidos para estos fines.

DE ACTUALIDAD

PAÍS	GOBIERNO PROMOCIONA TRATAMIENTO	MEDICAMENTOS DISPONIBLES	GUÍAS NACIONALES
ARGENTINA	SI	SI	SI
BOLIVIA	Coinfección con VIH	Coinfección con VIH	SI
BRAZIL	F3-4 o F2>3, VIH, OLTx	F3-4 o F2>3, VIH, OLTx	SI
CHILE	SI	SI	SI
COLOMBIA	SI	SI	SI
COSTA RICA	Si (PEG / RBV)	Si (PEG / RBV)	SI
CUBA	SI	SI	SI
ECUADOR	NO	NO	NO
GUATEMALA	NO	NO	NO
MEXICO	Casos selectos	Casos selectos	Proximamente
PANAMA	Seguridad Social: (PEG / RBV)	Seguridad Social: (PEG / RBV)	Proximamente
PARAGUAY	NO	NO	NO
PERU	Fuerzas Armadas	Fuerzas Armadas	SI
REP. DOMINICANA	SI	SI	SI
URUGUAY	Si (PEG / RBV)	Si (PEG / RBV)	SI
VENEZUELA	Si (PEG / RBV)	Si (PEG / RBV)	Proximamente

FINANCIAMIENTO

De los 32 países que presentaron información, solo 19 notificaron que hay fondos públicos destinados para el tratamiento de la infección por el VHC. Algunos países, incluyendo Honduras, solo proporcionan tratamiento en caso de co-infección con VIH. Cada vez mas países están lanzando iniciativas publicas para financiar el tratamiento de la infección crónica por VHC. Se espera que en un futuro cercano las estadísticas de prevalencia de infección por VHC disminuyan conforme mas países emprendan un proceso de transición para el financiamiento publico de los antivirales.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

De los 20 países quienes presentaron información, casi dos tercios (13) son capaces de confirmar infección por el VHC mediante análisis cualitativo de ácidos nucleicos, que detecta la presencia del ARN del VHC. Un 63% de los

países, cuenta con las herramientas necesarias para detectar el genotipo del VHC, dato necesario para determinar el esquema de tratamiento más adecuado. Además, un 63% de los países es capaz de vigilar la respuesta al tratamiento mediante la prueba cuantitativa de carga viral del VHC.

Cuatro de cada 9 países que presentaron información tienen capacidad para realizar la prueba rápida del VHC.

TRASPLANTES HEPÁTICOS

La infección por el VHC es la principal indicación para trasplante hepático. Quince países de la Región de las Américas están capacitados para realizar trasplantes hepáticos. En el 2014, esos 15 países realizaron unos 18,100 trasplantes hepáticos en total, pero menos de un 18% fueron en países de América Latina (82% de estas operaciones se llevaron a cabo en Estados Unidos).

DE ACTUALIDAD

CONCLUSIONES

- La Hepatitis C debe dejar de ser una epidemia silenciosa, porque cada vez estamos más conscientes de la carga social, personal y económica que representa en todo el mundo. América Latina no es una excepción. Tiene una mortalidad mayor que la epidemia del VIH/SIDA, similar a la de tuberculosis, con la única diferencia en que ha ido aumentando en lugar de disminuir.
- La mayoría de nuestros pacientes no están diagnosticados; y dentro de los diagnosticados, la mayoría no han sido tratados.
- Las complicaciones de esta enfermedad (como son la cirrosis, hepatocarcinoma y defunción), aún no han alcanzado su pico.
- Los avances en la eficacia, tolerabilidad y duración del tratamiento permiten establecer estrategias y planes para la eliminación del VHC para el año 2030.
- Debe ser un objetivo reducir en un 90% la incidencia de infección por VHC para el año 2030.
- Es nuestro deber convencer a las autoridades de que establecer programas de tratamiento no solo es lo correcto, sino que además de ser costo efectivo, es la mejor estrategia para ahorrar dinero y sufrimiento, evitando la progresión de la enfermedad y sus complicaciones.
- Es un compromiso de todos (personal médico, academia, sociedad civil, industria farmacéutica, gobiernos) alcanzar las metas establecidas en la estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis virales para el 2016-2021.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organización Panamericana de la Salud. *La Hepatitis B y C bajo la lupa*. Washington D.C., OPS, 2016.
- ² Center for Disease Analysis, *Reaching the PAHO goals to eliminate Hepatitis C in Latin America and the Caribbean*, 2016.
- ³ J. Joy, R. McCloskey, T. Nguyenycols. *The spread of hepatitis C virus genotype 1a in North America: a retrospective phylogenetic study*. *Lancet Infect Dis*, vol. 16, no. 6, 698–702, 2016.
- ⁴ M. Alonso, A. Gutzman, R. Mazinycols. *Hepatitis C in key populations in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis*. *Int J Public Health*, vol. 60, n. 7, 789–98, 2015.
- ⁵ C. De Martel, D. Maucort-Boulch, M. Plummerycols. *World-wide relative contribution of hepatitis B and C viruses in hepatocellular carcinoma*. *Hepatology*, vol. 62, no. 6, 1190–200, 2015.
- ⁶ Institute for Health Metrics and Evaluation, *Global burden of disease study 2013 results by location, cause, and risk factor*. Seattle, Estados Unidos, 2013.
- ⁷ World Health Organization. *Technical considerations and case definitions to improve surveillance for viral hepatitis*. Ginebra, OMS, 2016.
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe 2012 y 2013*. Washington D.C., OPS, 2015.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LEPTOSPIROSIS

Autores:

*Dr. Cristian Escarfuller, Del Servicio de Pediatría, Hospital *Dr. Luis E. Aybar Dr. Julio M. Rodríguez Grullón, Del Servicio de Pediatría, Hospital Dr. Luis E. Aybar *Dr. Rafael Espaillat Arias, Del Servicio de Medicina Interna, Hospital Dr. Luis E. Aybar *Lic. Vianney Beltré, Del laboratorio de Investigación del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA)

ABSTRACT

From a total of 37 patients with a positive culture for *Leptospira*, retrospectively, we found that clinically, upon arrival to the emergency room 37 (100%) had fever, 32 (83.7%) presented with abdominal pain, 18 (48.6%) had positive sign of pain elicited on pressure applied to the muscles of the calf, 19 (51.4%) had ictericia, and 6 (16.2%) had evidence of bleeding. In the laboratory tests 35 (94.6%) had thrombocytopenia below 200,000/mm³, 32 of 33 (96.9%) had acceleration of the eritrosedimentation rate, 16 (43.2%) had a positive dark field test for *Leptospira*, and 9 (24.3%) had positive IgM and IgG for *Leptospira*. The mortality rate was 13.5% (5 of 37) and all five deaths were masculine adults, that presented ictericia upon arrival, for a 26.3% mortality rate for the Weil's Syndrome.

Key words: Leptospirosis, early diagnosis, Weil's Syndrome, Positive *Leptospira* culture

RESUMEN

De un total de 37 pacientes con cultivo positivo para *Leptospira*, retrospectivamente encontramos que clínicamente al llegar a la emergencia, 37 (100%) presentaban fiebre, 32 (83.7%) presentaban dolor abdominal, 19 (51.4%) signo positivo de dolor al presionarle la pantorrilla, 19 (51.4%) presentaron ictericia y 6 (16.2%) presentaron evidencias de sangrado. En las pruebas de laboratorio 35 (94.6%) presentaban trombocitopenia menor de 200,000/mm³,

32 de 33 (96.9%) presentaban aceleración de la eritrosedimentación, 16 de los 37, (43.2%) presentaban la prueba del campo oscuro para *Leptospira* positiva, 9 (24.3%) presentaron positivas la IgM y la IgG para *Leptospira*. Murieron 5 pacientes de estos 37, para una mortalidad de 13.5%. Los 5 pacientes que murieron eran adultos masculinos que estaban entre los 19 que llegaron con ictericia, por lo que la mortalidad del llamado Síndrome de Weil fue de 26.3%.

Palabras claves: Leptospirosis, diagnóstico temprano, Síndrome de Weil, Cultivo para *Leptospira* positivo.

INTRODUCCIÓN

La Leptospirosis es la enfermedad que con mayor frecuencia se confunde con el Dengue, a su llegada a la emergencia de los hospitales, pues en ambas enfermedades tenemos: fiebre, trombocitopenia y dolores musculares en su inicio. Porque el manejo de ambas es diferente, a la primera debe iniciársele algún antibiótico a la mayor brevedad y estos no tienen lugar en el manejo del Dengue, es conveniente establecer rápidamente el diagnóstico diferencial en la emergencia a la llegada de los pacientes.

Por ese motivo diseñamos este estudio, que se llevó a cabo de manera prospectiva, longitudinal y descriptiva, por un período de siete meses, desde agosto 2009 hasta febrero 2010, en los servicios de Pediatría y Medicina Interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar, con el auxi-

ARTÍCULOS ORIGINALES

lio del laboratorio de investigación del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA), ambos ubicados en la Ciudad Sanitaria Dr. Luis E. Aybar en Santo Domingo, República Dominicana.

MATERIALES Y MÉTODOS

En un total de 58 pacientes que llegaron a las emergencias de Pediatría y Medicina Interna del Hospital Dr. Luis E. Aybar, en el periodo señalado, en los que clínicamente se sospechó Leptospirosis, realizamos este estudio, comparando retrospectivamente a su llegada, el valor predictivo para el diagnóstico de la enfermedad, los signos clínicos, que presentaban los pacientes, en quienes los cultivos resultaron positivos para la Leptospira.

Las pruebas específicas para Leptospirosis que realizamos fueron:

- Búsqueda directa en la sangre por la presencia de la Leptospira, por medio del campo oscuro adaptado a un microscopio de luz.
- Realización de investigación de IgM e IgG para Leptospira por la técnica de ELISA
- Cultivo para Leptospira en el medio de cultivo Ellinghausen-McCullough-Johnson-Harris (EMJH) enriquecido, leídos semanalmente.

Se realizaron otras pruebas a los pacientes como: Hemograma, conteo de plaquetas y eritrosedimentación.

RESULTADOS

De 58 pacientes en quienes se sospechó la enfermedad a su llegada a la emergencia, 37 resultaron con cultivos positivos para Leptospira para un 63.7%. De estos 37 pacientes 18 (48.6%) fueron menores de 15 años de edad y 19 (51.3%) estuvieron por encima de esa edad.

CUADRO NRO. 1

Manifestaciones clínicas a su llegada, en 37 pacientes con cultivos positivos para Leptospira.		
SIGNO	NÚMERO PACIENTES	PORCENTAJE
Fiebre	37	100%
Cefalea	31	83.78%
Dolor abdominal	24	64.86%
Dolor pantorrilla	19	51.35%
Ictericia	19	51.35%
Sangrado	6	16.22%

Fuente: Elaboración propia

En relación al sexo 28 (75.7%) pertenecieron al masculino y 9 (24.3%) al femenino

En el Cuadro No.1 apreciamos las manifestaciones clínicas que presentaron a su llegada, los 37 pacientes en quienes resultaron positivos sus cultivos.

El tiempo promedio para que los cultivos resultaran positivos fue de tres semanas. Algunos cultivos resultaron positivos durante la primera semana y uno resultó positivo a los tres meses. Si el cultivo no resultaba positivo a los seis meses, era descartado en el laboratorio.

La prueba del campo oscuro resultó positiva en 16 (43.2%) de los 37 pacientes, pero todos los pacientes que la tuvieron positiva a su llegada, el cultivo resultó positivo unas semanas después, para un 0% de falsos positivos.

Asimismo, la prueba de provocar dolor al presionar la pantorrilla en los pacientes, resultó positiva en 18 de ellos, para un 48.6%, pero ninguno en quienes la maniobra resultó positiva, tuvo un cultivo negativo, para también presentar un 0% de falsos positivos.

La radiografía de tórax se le efectuó a 28 de los 37 pacientes y en 16 de ellos (57%), la mayoría adultos, se desarrolló el patrón alveolar característico de la enfermedad, dentro de las próximas 48 horas de su internamiento. (1) Ver Figura No. 1.

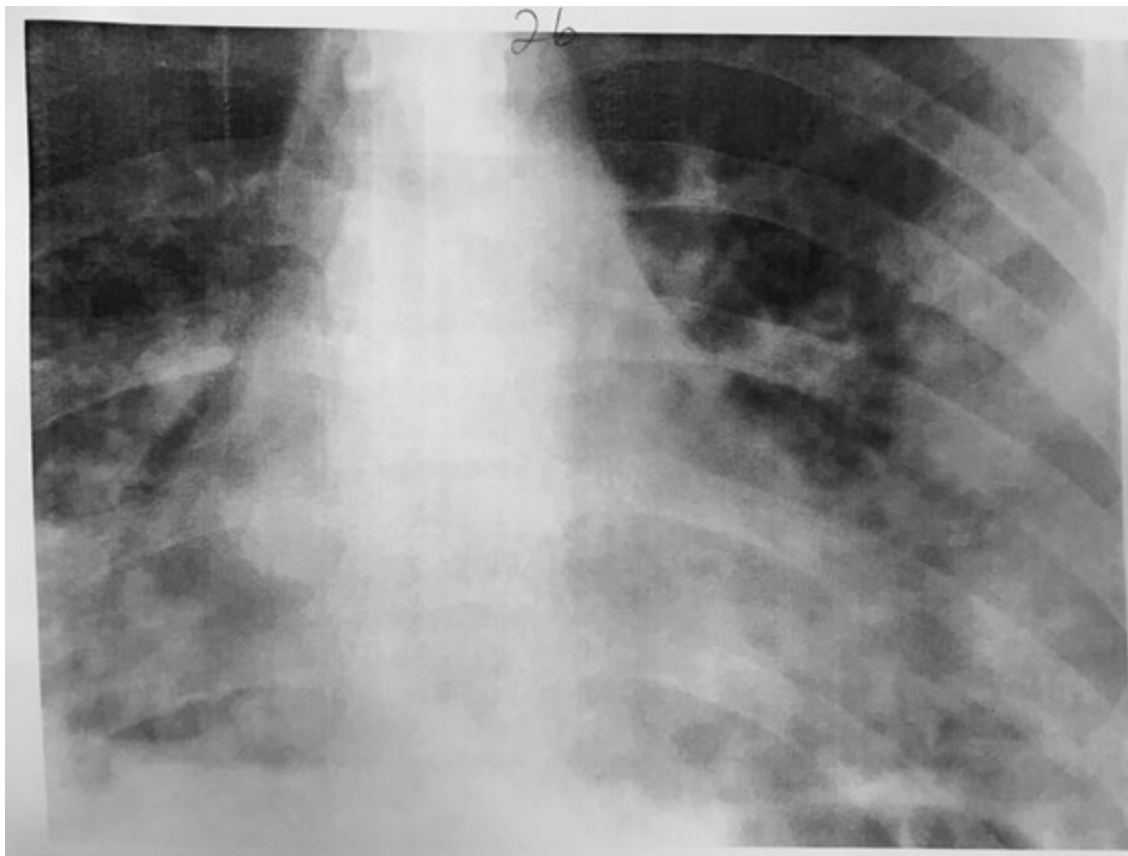


Figura No. 1. Patron de infiltrado alveolar bilateral característico de esta enfermedad, al efectuarse la radiografía de tórax.

El tiempo promedio de la duración de la fiebre antes del paciente presentarse a la emergencia del hospital, fue de 2.5 días, oscilando entre tres y siete días.

DATOS DE LABORATORIO.

En relación al conteo de Globulos Blancos, 19 pacientes lo presentaron por encima de 10,000/mm³ para un 51.4% y en 18 (48.6%) el conteo estuvo por debajo de esa cifra.

El conteo de plaquetas, de los 37 pacientes señalados 35 (94.6%) lo presentaron por debajo de 200,000/mm³ y el conteo promedio fue de 88,000/mm³, oscilando estos valores entre 40,000 y 136,000 /mm³.

De los 37 pacientes con cultivo positivo para *Leptospira*, se le efectuaron al llegar pruebas

de IgM e IgG contra este antígeno a 36 y resultaron positivas para ambas 6 (16.7%). De estos pacientes tres presentaron positiva solamente la IgM para un 8.3%. En total 9 pacientes (24.3%) presentaron anticuerpos contra la *Leptospira*.

A 33 de los pacientes se les realizó la eritrosedimentación en la emergencia, a su llegada, resultando acelerada en 32 (97.0%), la mayoría con valores por encima de 40mm la 1ra hora. Fallecieron 5 pacientes de los 37 para una mortalidad general de 13.5%.

Todos los pacientes fallecidos fueron masculinos mayores de 15 años de edad y todos estaban incluidos entre los 19 que presentaban ictericia a su llegada a la emergencia, para una mortalidad de 26.3% en este grupo de pacientes.

ARTÍCULOS ORIGINALES

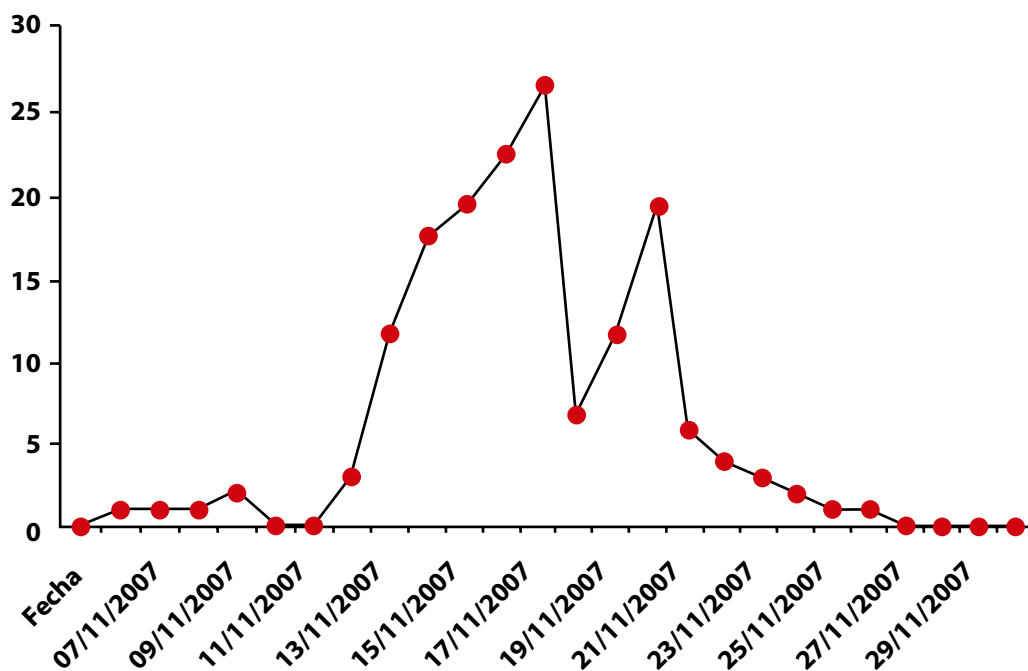


Figura No. 2.- Patrón de presentación de casos de Leptospirosis en la emergencia del Hospital Dr. Luis E. Aybar, asociados a la tormenta Noel, que azotó la República Dominicana del 29 de octubre al 1 de noviembre de 2007.

COMENTARIO

En épocas de lluvias intensas que producen inundaciones, la Leptospirosis tiende a tomar características epidémicas y en ocasiones ha sido difícil su diagnóstico diferencial con el Dengue, como ocurrió en Nicaragua en 1995 (2) y en Tailandia en 2007 (3).

En la figura No 2 vemos la ocurrencia de casos de Leptospirosis en el Hospital Dr. Luis E. Aybar, en el mes de noviembre de 2007, después del paso de la tormenta Noel por nuestro país, a finales de octubre de 2007.

Como es una zoonosis, que en animales puede estar afectando sus riñones causando poca patología (4), cuando esa orina se mezcla con el agua de las inundaciones, la espiroqueta que penetra por la piel o las mucosas de las personas expuestas al agua así contaminada, pueden presentarse numerosos casos de forma súbita a las emergencias de los hospitales, poco días después de las inundaciones.

Como estas inundaciones también producen aumento de los casos de Dengue, como ocu-

rió en nuestro país, en los meses de octubre y diciembre de 2007, con el paso de las tormentas Noel y Olga. Es importante hacer el diagnóstico diferencial en la emergencia, entre las dos enfermedades, para iniciar el tratamiento con antibióticos rápidamente en casos de Leptospirosis y ofrecerle al paciente mayores posibilidades de curación.

Este fue el propósito de nuestro trabajo, tratar de correlacionar los signos y síntomas de presentación y algunos datos de laboratorio de pacientes con Leptospirosis, estudiando retrospectivamente sus récords, en aquellos casos en que el cultivo de sangre resultó positivo, lo cual nos ofrecía una prueba irrefutable del diagnóstico de la enfermedad y ver cuál de ellos era el más confiable para diferenciar Leptospirosis de Dengue.

En este sentido podemos afirmar que la eritrosedimentación, es la prueba de laboratorio que nos ofrece el dato más confiable, pues resultó acelerada en 32 de los 33 pacientes (97%) de los casos confirmados de Leptospirosis en quienes la hicimos, con valores por encima de 40 mm la 1ra hora, confirmando lo dicho previamente, además de que en el Servicio de

ARTÍCULOS ORIGINALES

Pediatría del Hospital Aybar, en 33 casos confirmados serológicamente como Dengue, 30 pacientes (94%) presentaron la eritrosedimentación normal con valores por debajo de 20 mm la 1ra hora. En tres de los casos, las eritrosedimentación resultó por encima de este valor, pero ninguno alcanzó a 40 mm durante la 1ra hora de esta prueba, que es fácil de realizar y está disponible en la gran mayoría de nuestros hospitales públicos. (5)

Encontramos que pruebas como la identificación de la espiroqueta en el examen de sangre en el campo oscuro o despertar dolor al presionar los músculos de la pantorrilla de los pacientes, aunque 100% confiables cuando se presentan, solo se ven en 46 y 43% de los casos respectivamente y por tanto su ausencia no descarta la enfermedad.

Por otra parte debemos destacar, que solo un 25% de los pacientes resultaron con la investigación de anticuerpos contra la *Leptospira* positivos. Quedó así establecido que en 75% de los casos el sistema inmunológico de los pacientes no reaccionó ante la agresión de la espiroqueta.

La mortalidad estuvo presente solamente en adultos masculinos, que además presentaron ictericia a su llegada, confirmandose que el llamado Síndrome de Weil, es la forma más peligrosa de esta enfermedad, (6). En nuestra casuística, de 28 pacientes en edad pediátrica o de sexo femenino, ninguno falleció.

Concluimos diciendo que si un paciente se presenta con fiebre, dolores musculares y trombocitopenia y hay dudas de si se trata de una *Leptospirosis* o un Dengue, la eritrosedimentación es la prueba más confiable para orientar debidamente al médico. La eritrosedimentación estará normal si se trata de un Dengue y acelerada si se trata de una *Leptospirosis*.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Carvalho CR, Belthen EP. Pulmonary complications of *Leptospirosis*. Clin Chest Med 2002; 23(2): 469-78

² Outbreak of acute febrile illness and pulmonary hemorrhage in Nicaragua, 1995. MMWR 1995;44: 841-43.

³ www.news-medical.net/news/2007/10/31/6.

⁴ www.abc.com.py/edition...leptospirosis-bovina-1124178.html.

⁵ Villar C, Diaz-Quijano L, Martinez-Vega F, Arali R. Utilidad de la velocidad de sedimentación globular en el diagnóstico temprano del Dengue en un área endémica.

⁶ <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-503119>.

⁷ Kumate, Jesus; Muñoz, Onofre; Gutierrez, Gonzalo y Santos, Jose Ignacio. Manual de Infectología Clínica. México DF, 1999, pág 404.

ANAFILAXIA POR INSULINA DETEMIR

Autores:

Eduardo García Lirio, Servicio de Alergología e Inmunología Clínica. Hosp. Universitario Cruces. Bilbao. España. Pedro Manuel Gamboa Setién, Servicio de Alergología e Inmunología Clínica. Hosp. Universitario Cruces. Bilbao. España. Yolanda Izaguirre Ayestaran y col, Servicio de Alergología e Inmunología Clínica. Hosp. Universitario Basurto. Bilbao. España.

ABSTRACT

77 years old male diagnosed with type 2 diabetes 18 years ago, controlled with oral medications: glimepiride, sitagliptin and metformin until recent month. Starts with insulin detemir at a dose of 24 units/day. In the second month of treatment the patient presents generalized urticaria lesions, hypotension, bronchospasm, facial and lingual angioedema, loss of sphincters control and loss of consciousness, five minutes after the application. Symptoms resolved with intramuscular administration of corticosteroids and antihistamines.

Given the age of the patient, the severity of the reaction and a positive clinical in vivo and in vitro tests to all marketed insulin, we proposed a desensitization protocol with insulin lispro (recommended by the Department of Endocrinology) previously administering for two months Omalizumab in doses of 300 mg SC q2wk, reaching after the desensitization protocol a dose of 10 units of insulin lispro in 90 minutes without adverse reactions.

KEY WORDS

Anaphylaxis; Skin tests; Specific IgE; Desensitization; Insulin; Type 2 Diabetes; Omalizumab (Xolair®).

RESUMEN

Paciente masculino de 77 años de edad diagnosticado con Diabetes tipo 2 hace 18 años, controlado con medicación oral: glimepirida,

sitagliptina y metformina hasta hace un mes. Inicia tratamiento con insulina Detemir a dosis de 24 unidades/día. En el segundo mes de tratamiento el paciente presenta urticaria generalizada, hipotensión, broncoespasmo, angioedema facial y lingual, pérdida de control de esfínteres y pérdida de conciencia a los 5 minutos de su administración. Los síntomas precisaron la administración de corticoides y antihistamínicos por vía intramuscular.

Dada la edad del paciente, la gravedad de la reacción y la positividad in vivo e in vitro de las pruebas a todas las insulinas comercializadas, recomendamos un protocolo de desensibilización con insulina lispro (recomendada por el Departamento de Endocrinología) administrando previamente durante dos meses Omalizumab en dosis de 300 mg SC c/2 semanas, alcanzando luego del protocolo de desensibilización una dosis de 10 unidades de insulina lispro en 90 minutos sin ningún efecto adverso.

PALABRAS CLAVES

Anafilaxia; Pruebas cutáneas; IgE específica; Desensibilización; Insulina; Diabetes tipo 2; Omalizumab (Xolair®).

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 77 años de edad diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 desde hace 18 años, controlado en consulta de endocrinología con antidiabéticos orales: Glimepirida, Sitagliptina, Metformina, Atorvastatina.

ARTÍCULOS ORIGINALES

ANTECEDENTES FAMILIARES: Madre Diabetes Mellitus tipo 2. No antecedentes alergológicos de interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: Fumador de 30 paq/año. Hipercolesterolemia. No antecedentes de cardiopatía ni broncopatía conocida.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente remitido desde la urgencia de otro centro hospitalario por presentar cuadro de lesiones cutáneas en forma de habones generalizados, hipotensión, broncoespasmo, angioedema facial y lingual, tenesmo rectal, pérdida de control de esfínteres (presenciado por familiares) y pérdida de conocimiento al cabo de cinco minutos de la administración subcutánea de insulina Levemir (24U). Los síntomas cedieron con la administración intramuscular de corticoides y antihistamínicos.

El paciente había iniciado dos meses antes la administración de Levemir por deficiente control de su diabetes con la toma de antidiabéticos orales, presentando eritema local en la zona de aplicación.

Cuatro días antes el paciente presentó mareo e hipotensión pocos minutos después de la administración de Levemir, con recuperación espontánea en veinte minutos, que fue etiquetado como síncope vasovagal, tolerando los días siguientes la administración de esta insulina hasta el día de la reacción que motivó la consulta.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Talla 172 cm. Peso: 58,6 Kg. PA: 130/65mmHg FC: 75 lpm Tª: 37.0º Glucemia: 235 mg/dL. Consciente y orientado. Buena coloración de mucosas. Buena perfusión periférica. Eupneico. Máculas hipopigmentadas en región peribucal. No adenopatías ni bocio. No plétora yugular.

Auscultación Cardíaca: Rítmica, no soplos ni extratonos. Auscultación Pulmonar: Normal.

Abdomen: blando, depresible, sin dolor a la palpación, ni defensa abdominal. No se palpan masas ni visceromegalias. Extremidades inferiores: No edemas. No signos de trombosis venosa periférica.

DIAGNÓSTICOS DE PRESUNCIÓN

ANAFILAXIA POR INSULINA DETEMIR (LEVEMIR®).

ANAFILAXIA POR PROTAMINA.

HIPOGLUCEMIA

MASTOCITOSIS

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

HEMATIMETRÍA Y FORMULA: Dentro de valores normales.

BIOQUÍMICA: Glucosa 141 mg/dL, Creatinina 0.87 mg/dL, Colesterol total 184 mg/dL, Colesterol HDL 43mg/dL, Colesterol LDL 125 mg/dL, Triglicéridos 80 mg/dL, Hb A1c (NGSP/DCCT) 9.6 % [4-6]

PRUEBAS CUTÁNEAS: Positivas para Insulina Detemir (Levemir), Insulina humana biosintética (Insulatard), Insulina Lispro (Insulina Humalog), Insulina humana biosintética (Insulina Actrapid), Insulina Aspart (Insulina Novorapid) e Insulina Glulisina (Insulina Apidra) a 1 UI/ml en prick (figura 1) y en intradermorreacción a 1 UI/ml para, Insulina humana recombinante (Insulina Humulina), Insulina Glargina (Insulina Lantus), y negativa para Protamina.

Inmunoglobulina E total 291 U/mL.

IGE ESPECÍFICA: Insulina porcina 25.50 KU/L, Insulina bovina 14.30 KU/L, Insulina humana 18.70 KU/L, Insulina Aspart 14,3 KU/L, Insulina glulisina 7,5 KU/L, Insulina Lispro 12,7 KU/L, Insulina Detemir 7,8 kU/L, Insulina Actrapid 16,6 kU/L. Protamina negativa.

Triptasa sérica basal: 5,2 Qg/l.



Fig. 1. L: Levemir.

H: Histamina

TEST DE ACTIVACIÓN DE BASÓFILOS: Basal 0,4%, Control positivo 43,6%. Levemir 0,1 UI/ml 7,1%, Levemir 0,05 UI/ml 13,3%.

TRATAMIENTO

Dada la edad del paciente, la gravedad de la reacción clínica y la positividad in vivo e in vitro a todas las insulinas comercializadas, se propuso la realización de un protocolo de desensibilización con Humalog basal (insulina recomendada por el Servicio de Endocrinología, dado que puede ser utilizada tanto en descompensaciones como para tratamiento de base) con arreglo al protocolo que se recoge en la Tabla 1, administrando para ello durante dos meses Xo-lair® (Omalizumab) en dosis de 300 mg/quincenal. Con posterioridad se realizó el protocolo de desensibilización sin registrarse ningún tipo de reacción adversa durante la misma.

Tabla No. 1

CONCENTRACIÓN	DOSIS	HORA	PULSO	TA
1/1000U	0.001 U	10:20 h	75 l/min	130/99 mmhg
1/100U	0.01 U	10:40 h	77 l/min	120/62 mmhg
1/10U	0.1 U	11:00 h	70 l/min	125/60 mmhg
1 U	1 U	11:20 h	78 l/min	129/74 mmhg
2.5 U	2.5 U	11:40 h	77 l/min	137/63 mmhg
6 U	6U	12:00 h	79 l/min	128/65 mmhg

EVOLUCIÓN

Al cabo de dos meses de tratamiento con Omalizumab, se negativizan las pruebas en Prick e intradermorreacción para Humalog, persistiendo positivas en prick (5x6mm) con Levemir.

El paciente ha seguido administrándose diariamente 10 UI de Humalog basal/24 horas con perfecta tolerancia. La administración de Omalizumab ha ido reduciéndose progresivamente, siguiendo actualmente una dosis de 150 mg/bimensual y planteando la suspensión del tratamiento próximamente.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ANAFILAXIA POR INSULINA DETEMIR

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Messadd D, Outtas O, Demoly P. Hypersensitivity to insulin. *Presse Med.* 2004; 33(9 Pt 1):631-8
2. Heinzerling L, Raile K, Rochlitz H, Zuberbier T, Worm M. Insulin allergy: clinical manifestations and management strategies. *Allergy.* 2008; 63(2):148-55.
3. Kaya A, Gungar K, Karakose S. Severe anaphylactic reaction to human insulin in a diabetic patient. *J Diabetes Complications.* 2007. 21(2):124-7.
4. Pánczél P, Hosszúfalusi N, Horváth MM, Horváth A. Advantage of insulin lispro in suspected insulin allergy. *Allergy.* 2000; 55(4):409-10.

PENTALOGÍA DE CANTRELL.

A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Dr. Ramón Camejo, Médico Ayudante Cirugía Pediátrica Dr. Miguel Jiménez-Requets, Médico Ayudante Cirugía Pediátrica Dr. Aristides Morán-Jiménez, Médico Residente de Cirugía Pediátrica Dr. Sorangie Pinales-Mojica, Médico Residente de Cirugía Pediátrica Dr. Arianny Hilario, Médico Residente de Cirugía Pediátrica

Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina. Santo Domingo, República Dominicana.

ABSTRACT:

The Pentalogy of Cantrell is an anomaly that includes the thoracoabdominal variation of the ectopia cordis and to which five anomalies are associated: epigastric defect in the supraumbilical abdominal midline, defect of the lower third of the sternum, deficiency of the anterior segment of the diaphragm, pericardial defects And congenital heart malformations. We present a case with multiple congenital malformations: absence of the abdominal wall with exposure of intestinal loops, liver, pancreas, colonic atresia, absence of sternum and anterior chest wall with ectopia cordis, bilateral ocular agenesis, hypertelorism, flattening of the Nasal septum, micronagathy, low implantation of the auricle, overlap of the fingers

Key Words: Pentalogy of Cantrell, thoracoabdominal ectopia cordis, Peritoneal-pericardial diaphragmatic hernia

RESUMEN:

La Pentalogía de Cantrell, es una anomalía que incluye la variación toracoabdominal de la ectopia cordis y a la que se asocian cinco anomalías: defecto epigástrico en la línea media abdominal supraumbilical, defecto del tercio inferior del esternón, deficiencia del segmento anterior del diafragma, defectos pericárdicos y malformaciones cardíacas congénitas. Se presenta un caso con múltiples malformaciones

congénitas tales como: ausencia de la pared abdominal con exposición de asas intestinales, hígado, páncreas, atresia de colon, ausencia del esternón y de la pared anterior del tórax con ectopia cordis, agenesia ocular bilateral, hipertelorismo, aplanamiento del tabique nasal, micrognatia, implantación baja del pabellón auricular, superposición de los dedos de las manos.

Palabras Claves: Ectopia cordis toracoabdominal, Síndrome de Pentalogía, hernia diafragmática peritoneo-pericárdica.

INTRODUCCIÓN

La Pentalogía de Cantrell, también conocida como ectopia cordis toracoabdominal, síndrome de Cantrell-Heller-Ravitch, síndrome de Pentalogía y hernia diafragmática peritoneo-pericárdica. Es una anomalía que incluye la variación toracoabdominal de la ectopia cordis y a la que se asocian cinco anomalías: defecto epigástrico en la línea media abdominal supraumbilical, defecto del tercio inferior del esternón, deficiencia del segmento anterior del diafragma, defectos pericárdicos y malformaciones cardíacas congénitas, entre las que se destacan la comunicación interauricular e interventricular, la tetralogía de Fallot, doble salida del ventrículo derecho, ventrículo único y divertículo ventricular. Descrita por Abott en el año 1898 y que Van Praagh clasificó en el año 1917 de acuerdo al lugar que ocupaba el

CASOS CLÍNICOS



corazón fuera del tórax: 1) Cervical: cuando el corazón se encuentra en el cuello y el esternón está intacto; 2) Toracocervical: el corazón se exterioriza a través de un defecto en la porción superior del esternón; 3) Torácico: existe un defecto esternal y el corazón se protruye a través de la pared anterior del tórax; 4) Toracoabdominal: existe un defecto en la porción inferior del esternón y epigastrio; 5) abdominal: el esternón está intacto y la solución de continuidad del diafragma permite el desplazamiento del corazón hacia el abdomen.

OBJETIVO

Presentar el caso de un recién nacido femenino, que nace en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina, presentando al momento de su nacimiento cianosis, ausencia de la porción inferior del esternón, ausencia del diafragma anterior, ectopia cordis, ausencia de la pared anterior del abdomen y evisceración, siendo estos datos compatibles con una pentalogía de Cantrell.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente recién nacido, femenino, hijo de madre de 28 años de edad, G3 P0 A0

C2, natural de La Romana y residente en Villa Hermosa, la cual acudió a 7 chequeos prenatales en un centro de su comunidad, con hábitos tóxicos de consumo de alcohol hasta el tercer mes de gestación, historia de infección vaginal tratada durante el tercer trimestre, con sonografía control de las 30 semanas donde se presentan como hallazgos: hidrocefalia y gastrosquisis. Es ingresada el 24 de octubre del 2016 en la unidad de alto riesgo obstétrico, con diagnósticos de embarazo de 34.3 semanas, rotura precoz de membranas, gastrosquisis e hidrocefalia y es interconsultada con el Departamento de Cirugía Pediátrica para conocer el caso. Se realiza cesárea, obteniendo recién nacido femenino, pretermino, adecuado para edad gestacional, 35 semanas, prematuridad tardía, cianótico, hipotónico, hipoactivo, llanto débil, pobre esfuerzo respiratorio, latidos cardiacos con tendencia a la bradicardia, APGAR 4/5, peso: 2,570 gr., perímetro cefálico: 36 cms., talla: 44 cms., con múltiples malformaciones congénitas: ausencia de la pared abdominal con exposición de asas intestinales, hígado, páncreas, atresia de colon, ausencia del esternón y de la pared anterior del tórax con ectopia cordis, agenesia ocular bilateral, hipertelorismo, aplanamiento del tabique nasal, micronagtia, implantación baja del pabe-

CASOS CLÍNICOS

llón auricular, superposición de los dedos de las manos. Presentando una hora posterior a su nacimiento, parada cardiorrespiratoria, produciéndose su deceso.

DISCUSIÓN

Es importante considerar que la Pentalogía de Cantrell es extremadamente rara, solo 18 casos registrados en la literatura médica mundial y en nuestro país, República Dominicana la literatura epidemiológica de esta patología, no proporciona datos concretos. Este caso en particular que estamos presentando, tiene gran importancia pues es la forma completa de la Pentalogía de Cantrell, de acuerdo con la clasificación de Toyama, ya que presenta los 5 defectos: defecto de la línea media abdominal supraumbilical, defecto del tercio inferior del esternón, deficiencia del segmento anterior del diafragma, defectos pericárdicos y malformaciones cardíacas. De igual modo, podemos observar otras malformaciones en este paciente, que han sido relacionadas a la pentalogía, como son la hidrocefalia, anomalías digitales y anoftalmia. El producto pudo sobrevivir intrauterino durante 35 semanas y posterior a la cesárea una hora. Debido a que el consumo o exposición a sustancias teratógenas es un antecedente importante, el antecedente de consumo de alcohol durante el primer trimestre pudo ser el factor desencadenante para desarrollar la Pentalogía de Cantrell.

De la magnitud y grado de complejidad de las malformaciones cardíacas, va a depender el pronóstico del paciente. El tipo de tratamiento dependerá de la complejidad del defecto, la localización del mismo y el tamaño, ya que este elemento define la posibilidad o no de realizar una intervención quirúrgica.

Debido a la rareza de esta Pentalogía, resulta de suma importancia la publicación de este caso, ya que permite que el personal médico pueda adquirir conocimiento necesario para establecer un diagnóstico prenatal, que servirá de base para tomar decisiones a tiempo y de manera oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Ashcraft, tratado de Cirugía Pediátrica, 3era. Edición: Pentalogía de Cantrell, págs. 266, 268.

² Buenrostro ZG, Angulo CE, Serra RL, López VL, Celis PR. Reporte de un caso de pentalogía de Cantrell.

³ Soria López JA, Guzmán López A, Hernández León I. Presentación y discusión de un paciente con pentalogía de Cantrell. Revista cubana de obstetricia y ginecología.

⁴ Banco Imágenes Departamento Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil San Lorenzo de los Mina 2016

UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA SOBRE EL CASO DE PENTALOGÍA DE CANTRELL.

Autor:

Dr. Miguel Suazo, Médico. Bioeticista

El caso presentado es complejo y ya concluido pues lamentablemente el producto falleció una hora después de la cesárea. Podríamos decir que esta situación cae dentro del acápite de enfermedades no compatibles con la vida, si el síndrome se desarrolla de forma completa y este lo era.

Sin lugar a duda el proceso de generación del embarazo es el mismo que cualquier otro, solo que diferentes alteraciones del proceso de desarrollo producen la alteración. Lo que quiero significar es la calidad de humano del feto indicado y por tanto portador de la calidad de digno.

Hoy la tecnología tiene aportes tan importantes que permite que el diagnóstico prenatal adelante las informaciones sobre lo que ocurre a nivel intrauterino y lo que sería un indicador favorable al conocimiento de los involucrados, o sea a la madre, el padre y el médico, lo que trae es una incertidumbre de tipo moral.

Es el conflicto ético. No es lo mismo sorprenderse en el parto o la cesárea recibiendo un feto con malformaciones congénitas compatibles o no con la vida, que tomar conocimiento de ello desde la vida intrauterina, gracias a la magia de las imágenes, o como en el caso que nos ocupa, que se hizo el diagnóstico prenatal, se asumió el embarazo, se llegó a la cesárea y el producto muere una hora después ("tratada durante el tercer trimestre, con sonografía control de las 30 semanas donde se presentan como hallazgos: hidrocefalia y gastrosquisis"). Cada caso trae una reflexión ética distinta. En el primero queda más clara la calidad de persona con dignidad del recién nacido y de alguna ma-

nera opera la naturaleza, haciendo que ocurra el curso que la patología involucra, que en algunos casos es la muerte y de esta no suceder entonces no hay más alternativa que asumir de manera resignada la nueva vida con todas sus limitaciones y calamidades.

Quienes tienen una formación religiosa le pondrá su sello de creencias y quienes no, lo asumen en humanidad o se convierten a la religiosidad que le permita llevar con paz la carga recibida.

En otros casos tienen alternativas hasta de darlos en adopción o entregarlos a instituciones de caridad pública. Ya está ahí, nació y si sobrevive solo hay un camino que es mantenerle con vida y respeto

En este caso actual obro la naturaleza por ser un síndrome completo de Cantrell, pero distinto fuera el problema moral si con la evaluación con imágenes y el diagnóstico prenatal a las 30 semanas se hubiese hecho un consentimiento informado que, al dejar claridad de riesgos, consecuencias y beneficios, la madre o la pareja hubiera determinado que no quería continuar con el embarazo y sus implicaciones a sabiendas de que su hijo no va a sobrevivir.

Estamos frente a una propuesta de interrupción del embarazo, con el problema moral de interrumpir la vida y con una legislación que lo prohíbe. La primera pregunta es sobre el papel del diagnóstico prenatal. ¿Es solo para saberlo, o es siempre para interrumpir el embarazo? ¿Es justo someter a una mujer a mantener todo el tiempo un embarazo condenado a la muerte?

REFLEXIONES BIOÉTICAS

Obvio que no hay ni puede haber consenso que satisfaga las múltiples posiciones correlacionadas con el mundo de las creencias de las personas y las legislaciones de los países. Es claro que los médicos quedan en una situación muy delicada cuando saben o cuando no saben del desenlace, porque la incertidumbre moral que aportan las nuevas tecnologías tampoco les permite tener certezas sino probabilidades.

A mi entender el punto medio de estas situaciones extremas coloca algunas alternativas que deberán ser evaluadas pero que giran en torno a la libertad de conciencia, o sea que exista la posibilidad legal de instrumentar el diagnóstico prenatal, de manera que todo embarazo pueda recibir igual trato, que toda embarazada tenga acceso al chequeo del embarazo, al diagnóstico prenatal, de manera que dentro de los límites en que hoy se debate el inicio de la vida, del ser persona humana, la mujer pueda decidir en los casos de una gestación con incompatibilidad de la vida de su producto final. Volvemos a un tema redundante e ignorado en nuestro país y es relativo al inicio de la vida.

Cuando podamos dar este debate y no las parcialidades sobre el aborto o la legalidad de los tres eximentes, podremos hacer la reflexión bioética de manera que casos como el que nos ocupa aborde la personabilidad, la libertad de conciencia y los derechos de las personas y de los por nacer desde una perspectiva diferente, reconociendo y respetando las creencias y las parcialidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ *Pentalogía de Cantrell, enfermedad rara donde los órganos abdominales se exteriorizan. Recuperado de: <http://www.efesalud.com/pentalogia-de-cantrell-enfermedad-rara/>*

² *www.phronesis-ce.com*

³ *Defectos congénitos y patologías incompatibles con la vida extrauterina. Recuperado de: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000300011*

ANOMALÍA ANATÓMICA EN DISECCIÓN AXILAR: ARCO DE LANGER

Autor:

Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez, Cirujano Oncólogo

Profesor adscrito cátedra de anatomía. Escuela de Ciencias Morfológicas. UASD.

Jefe del Servicio de Tumores Mamarios del IOHP

La cavidad axilar es una zona anatómica caracterizada por un contenido de grasa, elementos vasculares, nerviosos y ganglios linfáticos. A estas estaciones ganglionares drena el 75% de la linfa de la glándula mamaria. Sus paredes están limitadas por músculos que se insertan en la escapula, tórax, clavícula y húmero (1).

Son frecuentes las variaciones de vasos y nervios, las anomalías musculares son menos frecuentes en este espacio anatómico (2).

El arco de Langer es la anomalía anatómica más frecuente de la cavidad axilar. Es una estructura muscular que cruza el paquete vasculo nervioso de la axila. Generalmente se extiende desde el músculo dorsal ancho hasta el músculo pectoral mayor. La incidencia oscila entre el 0.25 y el 7% de la población, según varias series (3).

El abordaje quirúrgico de la cavidad axilar con la finalidad de realizar una disección ganglionar obliga al cirujano oncólogo a conocer la anatomía normal e identificar este tipo de hallazgos que pueden interferir en la realización de la técnica quirúrgica correctamente. También la importancia en cirugía reconstructiva de la mama cuando se utiliza el músculo dorsal ancho, si no se identifica y se secciona el arco de Langer se puede producir un pinzamiento que comprometa la irrigación(4).



Arco de Langer en paciente femenina de 65 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama, durante una disección axilar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Moore K L. Anatomía con orientación clínica. 6ta edición. Barcelona. España, 2011.

² Schramm U, von Keyserlingk DG. Latissimus arc the upper arm. Anat anz 1984; 156:75-8.

³ Besana-Ciani I, Greenall MJ. Langer's axillary arch: anatomy, embryological features and surgical implications. Surgeon 2005; 3:325-7

⁴ Daniels IR, Querci della Rovere G. The axillary arch of Langer: The most common muscular variation i the axilla. Breast Cancer Res Treat 2000; 59:77-80

MESENTERITIS ESCLEROSANTE

Autor:

Dra. Ligia Cardona, Imagenóloga.

Centro Diagnóstico Laboratorio y Medicina Avanzada (CEDIMAT)

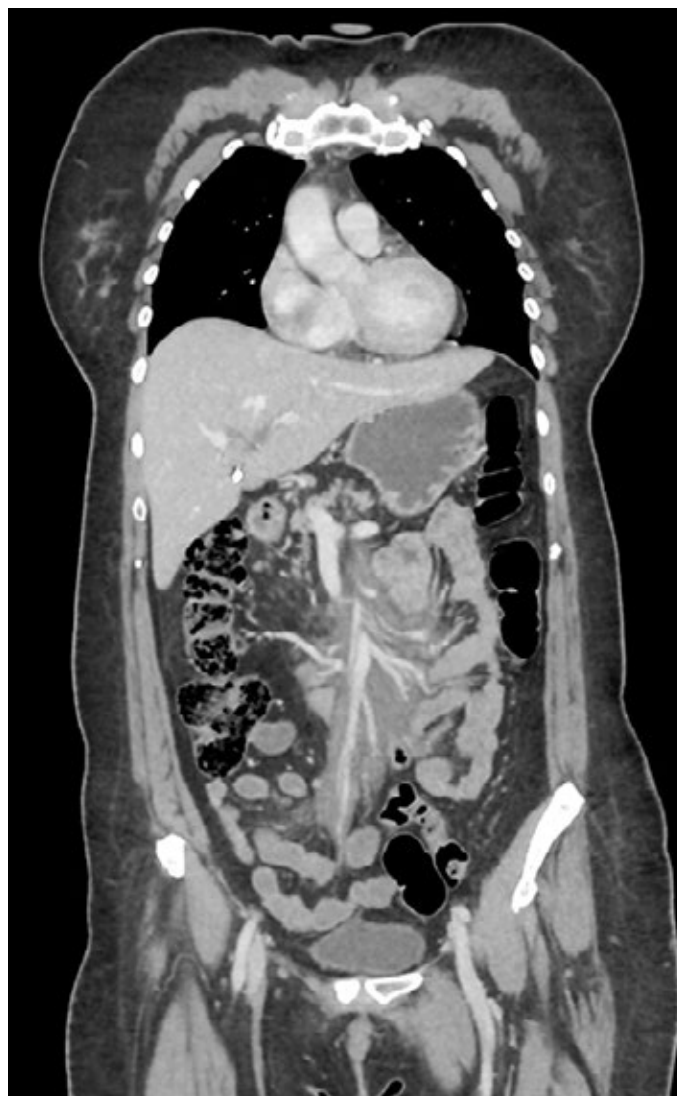
Se presenta Tomografía Axial computarizada de abdomen en reconstrucción coronal, con inyección endovenosa de medio de contraste en fase venosa.

Paciente femenina de 61 años con historia de linfoma.

Se evidencia un aumento de la densidad de la grasa que rodea la arteria y vena mesentérica superior, y vasos afluentes y tributarios. No adenopatías visibles, no dato de trombosis arterial o venosa.

Diagnóstico de impresión:

Mesenteritis esclerosante.



LOS PRIMEROS HOSPITALES EN AMÉRICA

Autor:

Dr. Herbert Stern, Oftalmólogo, Miembro de la Sociedad de Historia de la Medicina

Con la llegada de los españoles al nuevo continente, se hizo necesaria la creación de centros sanitarios, para atender a las tropas de los conquistadores, y de acuerdo a decisión de la corona española, para atender a pobres e indios.

La mayoría de los hospitales en América se iniciaron en el siglo XVI, y algunos todavía mantienen un cierto grado de funcionalidad y otros son restos de un pasado glorioso. Tanto Carlos V como Felipe II, Reyes de España, otorgaban a las iglesias la responsabilidad de edificar centros de salud. Se destacaron los Dominicos, los Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios y las hermanas de la orden de Nuestra Señora de Belén.

Es un hecho cierto que el primer hospital en el nuevo continente se edificó en nuestra ciudad, primada de América, Santo Domingo de Guzmán. Frey Nicolás de Ovando fue el fundador del Hospital de San Nicolás en el 1503. El edificio del hospital se construyó en tres etapas, finalizando la tercera y última en el 1552. El Hospital está ubicado en la actual calle Hostos, llamada antes "del Hospital". Hacia el siglo XVI-II, la estructura se había debilitado tanto que se hizo una nueva edificación adicional con entrada por la actual calle de las Mercedes. El Hospital tenía además áreas para soldados y para reclusos. Ese Hospital, fue militar y pasó por muchas calamidades, sobretodo en el siglo XIX. Era el principal hospital de la ciudad de Santo Domingo durante la ocupación militar haitiana, y estaba dirigido por el médico de origen español Juan Bernal. A partir de la independencia de la República Dominicana, pasó a ser dirigido por el Dr. Pedro Delgado. Un terremoto lo dañó severamente hacia el 1875 y en el gobierno de Ulises Hereaux, fue cedido al médico venezolano Dr. De la Fuente, quien lo convirtió en una

casa de salud privada. En ese centro se formaron personas como Simón Stridells, autorizado para ejercer como médico en el 1912. La muerte accidental del Dr. De la Fuente, precipitó el cierre del Hospital, y a principios del siglo XX se abrió un Hospital Militar al lado de la Fortaleza Ozama.

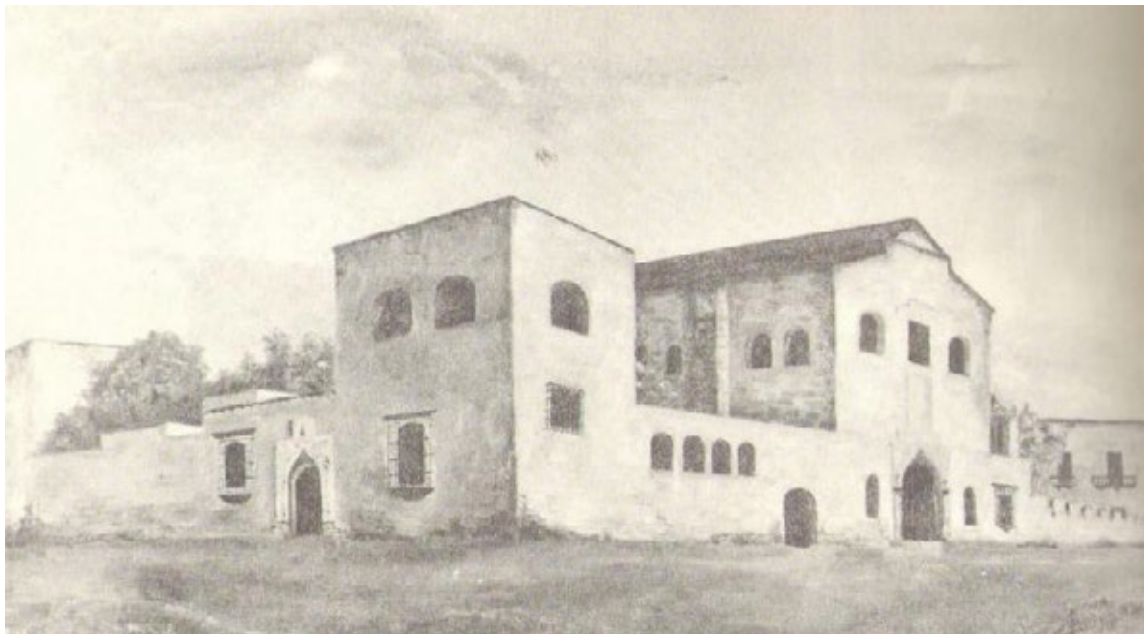
Hacia 1512 se fundó el Hospital de San Andrés, en donde hoy esta el Hospital Padre Billini, pero fue mas un asilo que un centro asistencial. Gracias a la visión y labor del Padre Billini, ese hospital se transformó en el centro de salud más importante de la ciudad de Santo Domingo.

La ciudad de Santo Domingo, también contó con un hospital, de San Lazaro, para enfermos de lepra fundado en el siglo XVII. Este hospital nunca pudo desarrollarse plenamente por las precariedades económicas que siempre le asolaron. Cerró definitivamente a finales del siglo XVIII.

El segundo Hospital de América, fue el de la Purísima Concepcion, establecido por Hernán Cortés en Ciudad México, en el 1524, en el mismo sitio en donde Cortés se reunió con Moctezuma por vez primera. Luego se cambió su nombre por el de Hospital de Jesús Nazareno, y es uno de los edificios más antiguos de la capital mexicana. El edificio original diseñado por Pedro de Vázquez, se fue aumentando hasta cubrir toda una manzana. Este centro ha estado en servicio por más de 400 años, hasta los tiempos presentes. Se ha respetado el estilo colonial, y cuenta con una estatua de Hernán Cortés.

También en ciudad México se encuentra el Hospital de Inocentes, que se fundó en 1566 como el primer manicomio de América.

SECCIÓN HISTÓRICA



Iglesia y Hospital de San Nicolás desde la esquina de la antigua calle de los Dávila, o del Truco (Mercedez, actualmente) y la calle del Hospital (Hostos) Primer Hospital del nuevo mundo. /Dibujo de la Obra de Walter Palm. Óleon M.B.F.

Fuente: Emilio Rodríguez Demorizi (Lugares y monumentos históricos de Santo Domingo.)

Es en el 1527 que se establece en Guatemala, el Hospital de la Misericordia, el tercer hospital en América.

Siguiendo con el orden cronológico, en el 1538 se establece en Lima, el Hospital del Perú, fundado por Francisco Pizarro. En el 1543 en la ciudad de Santos, en Brasil, Bras Cubas, fundó el Hospital de Santa Misericordia de Todos los Santos. En el 1552, Pedro de Valdivia, fundó en la ciudad de Santiago de Chile el Hospital de San Juan de Dios. Es en Santiago de Chile en donde se funda en el 1563 el Hospital de San Lazaro, como el primer centro de atención de pacientes con lepra en América. En 1565 se establece en Quito, capital del Ecuador, el Hospital de San Juan de Dios.

En la ciudad Argentina de Cordoba, se estableció en el 1576, el Hospital de Santa Eulalia, fundado por Lorenzo de Juarez y Figueroa. En Brasil en el 1582, es fundado el Hospital de la Misericordia en la ciudad de Rio de Janeiro. En el 1592, es fundado en la ciudad de Caracas, Venezuela el Hospital de San Pedro. En los Estados Unidos de América, el primer hospital es-

tablecido fue el Hospital de la East India Company, fundado en el 1663 en la ciudad de New York, con la idea de atender a sus soldados y marineros enfermos. En Canada en la ciudad de Silery se fundó en el 1659 el Hospital Hotel Dieu, que más tarde fue trasladado a la ciudad de Quebec.

En el 1736 se instaló un hospital en la ciudad de new York, en el edificio que hoy ocupa el City Hall, que se ha convertido hacia el día de hoy en el Hospital de New York. En 1751 en la ciudad de Filadelfia se fundó el Pennsylvania Hospital, y entre su junta directiva se encontraba Benjamin Franklin. En 1782, la zona de Louisiana estaba bajo el dominio español, y allí se edificó el Hospital San Carlos. Luego fue destruido y en 1838 se reinauguró, y sigue prestando servicios actualmente.

En la actualidad en el continente americano hay cerca de 18,000 hospitales, cuyo andar se inició con estos primeros centros fundados por los colonizadores, que instituyeron la medicina española como la base para el desarrollo de la salud de todo un continente.

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Autor:

Dr. Pedro Ramírez Slaibe, MD, MF, MAP, MGMS

Director de la Maestría de Gerencia Moderna en Salud, Universidad Católica de Santo Domingo

La dificultad presente en Latinoamérica para responder oportunamente al crecimiento de los costos, la demanda por mayor calidad y acceso a la atención médica, se contraponen al deficiente gasto público en salud que exhiben la mayoría de nuestros países y al limitado espacio fiscal de sus gobiernos para agenciar nuevos recursos.

Sin embargo, pese a que las reformas incrementales que se han ejecutado en el sector, se concibieron tanto en optimizar la salud de la población como en el bienestar individual de las personas, poniendo énfasis en la reorientación de los sistemas y servicios de salud, con especial interés por el mejoramiento de la calidad en procura de mayor integralidad, continuidad de los cuidados e incremento de la capacidad de respuesta a las necesidades y demandas de la población a través del mejor y más avanzado conocimiento disponible, reducción de las disparidades y asegurando igual acceso a los beneficios, los resultados derivados de dichas reformas no han sido los esperados. De ahí que, la idea de fuerza predominante es el de una transformación profunda del modelo actual.

Un modelo en el que crecen los costos y la demanda, que hace más dificultoso el acceso a la asistencia médica, con problemas en su capacidad de respuesta, que alarga los tiempos de espera para la atención, que ahonda la relación asimétrica entre pacientes y prestadores, entre otros.

En este contexto, igual crecen el gasto de las familias y las expectativas por una atención de salud con mayor oportunidad y calidad, requiriendo del uso adecuado de los recursos que,

en cualquier entorno, público o privado, siempre serán escasos.

Estas realidades no son exclusivas de las organizaciones de asistencia médica, las grandes empresas se enfrentan a la necesidad de ser simultáneamente grandes, para alcanzar las economías de escala y responder a la complejidad asociada a sus procesos y a la vez flexibles y adaptables, para poder ofrecer un servicio personalizado al paciente y alcanzar una mayor cercanía y compromiso de los profesionales con los resultados.

Con los entornos cada vez menos sostenibles de muchos países, las organizaciones prestadoras de servicios salud deben comenzar desde ya a tomar una serie de decisiones estratégicas que afecten a los modelos de prestación de servicios y a las competencias subyacentes (Adams, Jim et Al, 2016).

Queda planteada, de igual modo, la necesidad de un nuevo modelo de gestión que dé respuestas efectivas a los cambios del perfil epidemiológico, a las nuevas expectativas de vida, a las innovaciones en los sistemas de información y en las tecnologías en salud, a la cronicidad y pluralidad de las patologías, a la variabilidad clínica, a la presión de los usuarios que exigen mejores servicios y, principalmente, por los altos costos que no se respaldan con evidencia respecto de una mayor eficiencia en los resultados de la atención en salud.

Es un cambio organizativo y cultural, en el que se descentralizan las decisiones técnicas y administrativas, de gastos y de producción en los profesionales de la salud, en especial médico,

GESTIÓN CLÍNICA

para la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica (John Hopkins Hospital) y a quienes se les responsabiliza de los resultados clínicos, asistenciales, económicos y de calidad.

En este modelo de gestión clínica son fundamentales la gestión por procesos y la coordinación asistencial entre los diferentes servicios clínicos y entre profesionales de todos los ámbitos de actuación involucrados. Se concede, asimismo, una importancia destacada a la visión conjunta y compartida entre los profesionales médicos y de enfermería en su desarrollo por el mejor cuidado de los pacientes.

Esta gestión se une a los cambios en la visión de la enfermedad, hoy vista como un proceso que tiene origen en la colectividad y que puede ser intervenida con antelación, a través de acciones preventivas y promocionales, más costo-efectivas y de mayor impacto.

De ahí que, se hace inaplazable la formación del profesional en gestión clínica que implica una “innovación disruptiva en la administración de los servicios y sistemas de salud.” (Díaz, Carlos. ISALUD)

En vista de que los recursos humanos son parte esencial de esta nueva agenda, se hace cada vez más necesaria una clara definición de las competencias deseables para el ejercicio del profesional de la gestión clínica, como de las exigencias a los procesos educativos que hacen parte del desarrollo adecuado del mismo, y que vendrían vinculados a los cambios esperados del modelo de atención. En ese sentido, deberá potenciarse el desarrollo de competencias derivadas de su conceptualización: gestión por procesos, toma de decisiones basadas en evidencias, trabajo en equipo, economía de la salud, uso intensivo de tecnologías médicas y tecnologías de la información de y de la comunicación, entre otras.

En conclusión, la gestión clínica ha de asumirse considerando que los retos que enfrentan los servicios de salud son más acelerados que la

capacidad de adaptación de sus recursos. En tal virtud, el desarrollo de la gestión clínica no debería estar supeditada a la temporalidad de las exigencias de las autoridades del momento, toda vez que el valor intrínseco de esta es el valor que agrega a la atención en procura de los mejores resultados en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Adams, Jim, Edgar L. Mounib, Aditya Pai, Neil Stuart, Randy Thomas y Paige Tomaszewicz. “Healthcare 2015: Win-win or lose-lose?” IBM Institute for Business Value. Octubre de 2006. <http://www.ibm.com/healthcare/hc2015>.

² Juan del Llano Señarís y Santiago Pinto Zaldumbide. *Gestión Clínica. Fundación Gaspar Casal, para la investigación y el desarrollo de la salud, Madrid, diciembre 2011.*

AMED

ARCHIVOS MÉDICOS DOMINICANOS
DE LA ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA

Archivos Médicos Dominicanos (AMED)
Es una publicación de la Academia Dominicana de Medicina

CONSEJO EDITOR

Dra. Togarma Rodríguez Aquino
Dr. Ricardo García Martínez
Dr. Marcos Núñez Cuervo
Dr. Julio Manuel Rodríguez Grullón
Dr. Ramón Eduardo Pérez Martínez
Dr. Herbert Stern Díaz
Dra. María Zunilda Núñez

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

CRÉDITOS

La impresión de la revista AMED es posible gracias al auspicio de la empresa Factor de Éxito RolGa Group, S.R.L. Circula gratuitamente encartada en su Revista FullSalud.



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.



